



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta zdravotnických studií



Rizikové faktory vzniku dekubitů u geriatrických pacientů

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Ivana Koudelková**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková



The Risk Factors of Pressure Ulcers in Geriatric Patients

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Ivana Koudelková**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Koudelková**
Osobní číslo: **D14000078**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Rizikové faktory vzniku dekubitů u geriatrických pacientů**
Zadávající katedra: **Fakulta zdravotnických studií**

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Froňková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. června 2017**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2018**



prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2017

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zmapovat znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů u imobilních geriatrických pacientů ve věku od 75 let do 84 let.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci rizika vzniku dekubitů u geriatrických pacientů.
3. Vypracovat článek k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických pacientů.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Dekubity charakterizujeme jako poškození tkáně způsobené tlakem na takzvaná predilekční místa. Jsou obávanou komplikací především u imobilních pacientů a jejich výskyt se zvyšuje zejména u imobilních geriatrických pacientů. Vznik dekubitů znamená problém a nežádoucí událost. Je třeba znát rizikové faktory a udělat preventivní maximum, aby dekubity pokud možno vůbec nevznikly.

Výstupem z bakalářské práce bude vypracování článku k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických imobilních pacientů.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku.
2. Předpokládáme, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů imobilitu pacienta.
3. Předpokládáme, že 70 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření vzniku dekubitů polohování.
4. Předpokládáme, že 70 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření vzniku dekubitů hygienu a péči o pokožku.

Výzkumné předpoklady budou upřesněny na základě provedeného předvýzkumu.

Metoda:

Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: Dotazník.

Vyhodnocení dat: Data budou zpracována pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2013. Text bude zpracován textovým editorem Microsoft Office Word 2013.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu: Následné péče a Centra doléčování a rehabilitace v Libereckém kraji

Čas výzkumu: listopad 2017 do ledna 2018.

Vzorek:

Respondenti: Všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních, ošetřující geriatrické pacienty ve věku od 75 let do 84 let.

Počet respondentů: 100.

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. ČIHÁK, Radomír. Anatomie 3. 3. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
2. HOLMEROVÁ, Iva et al. Dlouhodobá péče. Praha: Grada, 2015. ISBN 13-978-80-247-5339-0.
3. ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana et al. Gerontologie. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 13-978-80-246-2628-4.
4. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
5. JAROŠOVÁ Darja et al. Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5426-0.
6. HUDÁKOVÁ, Anna a L'udmila MAJERNÍKOVÁ. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada, 2013. ISBN 13-978-80-247-4772-9.
7. PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. Olomouc: Maxdorf, 2015. ISBN 13-978-80-7345-437-1.
8. POKORNÁ, Andrea et al. Ošetrovatelství v geriatrii. Praha: Grada, 2013. ISBN 13-978-80-247-4316-5.
9. SOUČEK, Miroslav a kol. Vnitřní lékařství. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.
10. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana et al. Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 13-978-80-204-3394-7.
11. KASPER, Heinrich. Výživa v medicíně a dietetika. 11. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4533-6.
12. ŽIŽKA, Zdeněk. Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 13-978-80-87181-07-02.
13. BAJANOVÁ, Eva a Štefan KRAJČÍK. Dekubity prevencia a liečba v praxi. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-95-8.
14. HOFFMAN WOLD, Gloria. Basic Geriatric Nursing. 4. vyd. Amsterdam: Elsevier, 2011. ISBN 978-0-323-07399-8.
15. POLÁKOVÁ, Hana. Dekubity, stále aktuální problém i ve 21. století. Léčba ran. 2016, 3(4), 4-5. ISSN 2336-520x.
16. ŠEFLOVÁ, Lenka, Petra STEJSKALOVÁ a L. DANIŠ. Dekubity v praxi. Medicína pro praxi. 2016, 13(5), 263-267. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
17. POKORNÁ, Andrea. Dekubity soudobé poznatky a závěry empirických studií. Hojení ran. 2014, 8(1), 18. ISSN 1802-6400.
18. ONDRIOVÁ, Iveta a Terézia FERTAL'OVÁ. Dekubity jako indikátor kvality péče. Sestra. 2013, 23(1), 48-51. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
19. ULRYCH, Ondřej. Rizika vzniku dekubitů. Sestra. 2011, 21(5), 54-56. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
20. GROFOVÁ, Zuzana. Dekubity - výživa a léčba ve světle studií a doporučených postupů. Nutrition news. 2016, 4(1), 12-16. ISSN 1805-8833.

Ivana Koudelková

D14000078

Vyřizuje/linka: Holá/485 353762

V Liberci dne 19. září 2018
č.j.18/8515/039730-001

Vyjádření k žádosti o prodloužení termínu odevzdání BP

Vážená paní Koudelková,

na základě Vaší žádosti ze dne 19. 9. 2018, zaevidované pod č.j.: 18/8515/039730 Vám sděluji, že Vaší žádosti o prodloužení termínu bakalářské práce do 30. 6. 2019 **se vyhovuje**.

S pozdravem


prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

Technická univerzita v Liberci
Fakulta zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL. Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 26.11.2018

Podpis:



Děkuji paní Mgr. Froňkové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty, připomínky a obrovskou trpělivost.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení: Ivana Koudelková

Instituce: Technická univerzita Liberec Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Rizikové faktory vzniku dekubitů u geriatrických pacientů

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 59

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2019

Anotace:

Bakalářská práce se zaměřuje na rizikové faktory vzniku dekubitů u geriatrických pacientů. Vznik dekubitu je považován za problém v ošetrovatelské péči, komplikuje a prodlužuje léčbu pacienta a zvyšuje náklady na péči. I přes všechna preventivní opatření však dekubity vznikají a jejich řešením a prevencí se zabývají odborníci všech profesních kategorií. Výzkumná část se zabývá kvantitativním výzkumem ke zjištění znalostí všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů a preventivních opatřeních, která jsou považována za nejúčinnější metodu v boji proti dekubitům. Výstupem bakalářské práce je vypracování článku k publikaci.

Klíčová slova: dekubity, geriatrický pacient, všeobecná sestra, rizikové faktory, prevence.

Annotation

Name and surname: Ivana Koudelková

Institution: Technical university of Liberec Faculty of health studies

Title: The Risk Faktors of Pressure Ulcers in Geriatric Patients

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 59

Apendix: 6

Year: 2019

Annotation:

The Bachelor thesis is aimed at risk factors of decubit emergencies in geriatric patients. Decubit emergence is considered a problem in nursing care, it complicates and prolongs curing the patient and heightens the care expenditure. Despite all preventive procurations decubites occure and experts form all profession categories deal with solving and preventing them. Surveyors do a quantity research of general nurses' knowledge about risk factors of decubit emergencies and preventive procurations, that are considered the most effective method of decubites defeating. The outcome of the thesis is an article to be published.

Keywords: pressure ulcers, a geriatric patient, a general nurse, risk factors, prevention.

Obsah

Seznam použitých zkratk	14
1 Úvod	15
2 Teoretická část	16
2.1 Charakteristika geriatrického pacienta	16
2.1.1 Geriatrický imobilní pacient	17
2.1.2 Hodnocení úrovně soběstačnosti	18
2.2 Dekubity	19
2.2.1 Klasifikace dekubitů	20
2.2.2 Rizikové faktory ovlivňující vznik dekubitů	21
2.2.3 Hodnotící škály rizika vzniku dekubitů	23
2.3 Prevence vzniku dekubitů v rámci ošetrovatelské péče	24
2.3.1 Polohování	25
2.3.1.1 Používání antidekubitních pomůcek	27
2.3.2 Hygiena a péče o pokožku	28
2.3.3 Výživa a hydratace	29
3 Výzkumná část	31
3.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady	31
3.2 Metodika výzkumu	32
3.3 Analýza výzkumných dat	33
3.3.1 Analýza dotazníkové položky č. 1	33
3.3.2 Analýza dotazníkové položky č. 2	34
3.3.3 Analýza dotazníkové položky č. 3	35
3.3.4 Analýza dotazníkové položky č. 4	36
3.3.5 Analýza dotazníkové položky č. 5	37

3.3.6 Analýza dotazníkové položky č. 6	38
3.3.7 Analýza dotazníkové položky č. 7	39
3.3.8 Analýza dotazníkové položky č. 8	40
3.3.9 Analýza dotazníkové položky č. 9	41
3.3.10 Analýza dotazníkové položky č. 10	42
3.3.11 Analýza dotazníkové položky č. 11	43
3.3.12 Analýza dotazníkové položky č. 12	44
3.3.13 Analýza dotazníkové položky č. 13	45
3.3.14 Analýza dotazníkové položky č. 14	46
3.3.15 Analýza dotazníkové položky č. 15	47
3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů	48
4 Diskuse	50
5 Návrh a doporučení pro praxi	55
6 Závěr	56
7 Seznam použité literatury	57
Seznam příloh	59

Seznam použitých zkratek

ADL	Activity of Daily Living – Barthelův test základních všedních činností
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cca	cirka, přibližně
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel – Evropský poradní panel pro otázky prevence dekubitů
g/den	gram za den
g/l	gram na litr
hod.	hodina
kcal	kilokalorie
mm Hg	milimetry rtuti
ml/kg/den	mililitry na kilogram za den
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
resp.	respektive
tzv.	takzvaný
vitamín A	axeroftol, vitamín rozpustný v tucích
vitamín B6	pyridoxin, vitamín rozpustný ve vodě
vitamín B12	kobalamin, vitamín rozpustný ve vodě
vitamín C	kyselina askorbová, E300, vitamín rozpustný ve vodě
vitamín D	kalciferol, vitamín rozpustný v tucích
vitamín E	tokoferol, vitamín rozpustný v tucích
vitamín K	fylochinon, vitamín rozpustný v tucích
VO ₂ max	maximální aerobní kapacita
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

1 Úvod

Dekubity jsou velmi vážný problém ve zdravotnické péči. Častěji se vyskytují u starších osob a jejich jednou z hlavních příčin vzniku je porucha sebepéče a mobility. Je to stále přetrvávající závažná situace, která nemocným způsobuje utrpení a pro zdravotnický personál představuje enormní zátěž. Dekubity dokáží zkomplikovat zdravotní stav pacienta a prodloužit dobu léčení. Je třeba znát rizikové faktory jejich vzniku a umět jim dostupnými preventivními opatřeními předcházet. Každá všeobecná sestra by měla znát rizikové faktory vzniku dekubitů a také preventivní opatření, která této nežádoucí události mají pomoci předejít.

Pracovní skupina European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definovala dekubit jako oblast lokalizovaného poškození kůže a podkožních tkání způsobené tlakem, střižnými silami a třením nebo kombinací těchto faktorů. Také vypracovala doporučené postupy pro prevenci a léčbu dekubitů. Podle Evropského poradního panelu (EPUAP) bude tento problém neustále narůstat. Důvodem je stárnutí populace, kdy se se zlepšujícím stavem zdravotnictví prodlužuje lidský věk a stoupá počet starších osob. Dne 16.11.2012 vyhlásila EPUAP celosvětový den Stop dekubitům s cílem zlepšit znalosti společnosti o problémech spojených s dekubity. V České republice se hojením ran zabývá Česká společnost pro léčbu rány. Oficiálně je funkční od září 2001.

Bakalářská práce popisuje geriatrického imobilního pacienta, problematiku dekubitů, rizika jejich vzniku i preventivní opatření, kterými lze vzniku dekubitů zabránit. Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů a o zásadách preventivních opatření.

2 Teoretická část

2.1 Charakteristika geriatrického pacienta

Stáří je označení pro pozdní fázi přirozeného průběhu života. Je to projev a důsledek funkčních a morfologických změn, které probíhají s různou rychlostí a rozmanitostí. Rozlišuje se stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří je jasně vymežitelné, dělí se dle věku. Sociální stáří se týká proměny sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních změn jedince jako funkční stav, výkonnost, kondice i patologie. Význam má prakticky pouze pro hodnocení způsobilosti člověka pro určitou konkrétní činnost nebo pro lékařský zákrok (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří dělí do věkových skupin, kdy 60 až 74 let označujeme jako presenium, 75 až 89 let senium a nad 90 let dlouhověkost. Stáří se označuje jako období třetího věku, kdy první věk znamená dětství a dospívání, druhý věk je obdobím dospělosti. V současné době se setkáváme i s označením čtvrtý věk, což vyplývá z potřeby rozdělit stáří ještě na dvě období. Třetí věk charakterizuje období 60 až 75 let, kdy člověk většinou netrpí vážnými chorobami, je aktivní, integrovaný ve společnosti, schopný cestovat. Čtvrtý věk obvykle začíná po 75. roku života, zdraví se zhoršuje, tělesné a psychické funkce upadají (Poledníková et al., 2013).

V současné době se pro označení souběhu chorob stáří s obecnými projevy stáří používá termín geriatrická křehkost – frailty. Obecně jde o označení nemocného s málo odolným organizmem náchylným na časté dekompenzace a řetězení komplikací (Matějovská Kubešová et al., 2013). Geriatrická křehkost je definována také jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s kumulací funkčně závažných deficitů a změn v oblasti mentální (apatie), v oblasti pohybu (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a v oblasti výživy (anorexie, hubnutí). Křehkost se postupně prohlubuje, zhoršuje se zdatnost, odolnost i adaptabilita organismu, přibývá funkčních deficitů, narůstá disabilita a stále nižší intenzita četnějších stresorů (druhů zátěže) způsobuje hlubší dekompenzace stavu. Křehkost je častým stavem a její riziko narůstá s věkem. Odhaduje se, že tímto syndromem trpí cca 10 % lidí starších 65 let (Holmerová et al., 2015).

2.1.1 Geriatrický imobilní pacient

Imobilita je funkční stav, kdy člověk není schopný volného, rytmického a účelného pohybu a z tohoto důvodu je připoutaný na lůžko nebo odkázaný na invalidní vozík. Rozlišujeme různé stupně imobility. Úplná imobilita je u člověka v bezvědomí. O částečné imobilitě mluvíme, pokud má člověk zachovanou pohyblivost do určité míry (např. hemiparéza, hemiplegie), resp. nepohybuje některou končetinou (např. při zlomenině). V některých případech může být starý člověk pohybu schopný, ale má omezenou aktivitu ze zdravotních důvodů (např. při potížích s dýcháním se nedoporučuje chůze po schodech). Imobilita je vážné zdravotní riziko pro všechny věkové kategorie, ale u seniorů se výrazně zvyšuje z důvodu rozvoje imobilizačního syndromu s postižením všech orgánů a orgánových systémů (Poledníková et al., 2013).

Imobilizační syndrom je označení pro soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybové aktivity, hlavně ve smyslu upoutání na lůžko. Jde o vystupňovanou problematiku hypomobility – malé množství pohybových aktivit, malá vzdálenost, kterou je člověk schopný ujít za časové období (např. za týden), omezená pohyblivost, omezení rychlosti či výdrže při chůzi. Zvláště u seniorů s omezenou adaptační schopností, s poruchou regulačních mechanismů (např. ortostatických) a s multimorbiditou je rozvoj negativních důsledků na lůžku velmi rychlý a může probíhat v rámci hodin. Dekubity, ortostatická hypotenze, flebotrombóza i pneumonie se mohou vyskytnout do 24 hodin. Toto je nutné mít na vědomí, cíleně a aktivně po těchto rizicích pátrat a hlavně uplatnit prevenci. K identifikaci ohrožených pacientů lze využít standardizované škály, např. u dekubitů (Kalvach et al., 2008).

Syndrom imobilizace znamená skokové snížení fyzické aktivity seniora a zahrnuje zvýšené riziko postižení dýchacího aparátu nejčastěji jako hypostatickou pneumonii, postižení trávicího traktu v podobě obtíží s vyprazdňováním, postižení vylučovacího systému nejvíce v důsledku dehydratace a uroinfektu, postižení kardiovaskulárního aparátu nejčastěji z důvodu tromboembolické nemoci a srdečního selhání. Tyto komplikace v rámci imobilizačního syndromu mohou vytvořit fatální kaskádu (Matějovská Kubešová, 2013).

Do imobilizačního syndromu řadíme tyto změny: ortostatická hypotenze, stáza krevního oběhu se vznikem flebotrombózy a s rizikem plicní embolie, dekondice a změna oběhového systému s poklesem maximální aerobní kapacity ($VO_2\max$), plicní

hypoventilace, která může být provázána stagnací hlenu a je rizikem vzniku pneumonie. Změny na pohybovém aparátu zahrnují svalovou atrofii, pokles svalové síly, flekční kontraktury, zhoršení koordinace při chůzi, odvápnování kostí a vznik osteoporózy, vznik dekubitů. Další změny se týkají vylučování jako obstrukce nebo inkontinence stolice, poruchy močení (retence nebo inkontinence). Stejně závažné jsou i psychické poruchy jako např. deprese či deprivace a samozřejmě i dehydratace, malnutrice (Kalvach et al., 2008).

2.1.2 Hodnocení úrovně soběstačnosti

Hodnocení úrovně soběstačnosti je součástí komplexního geriatrického zhodnocení. Hodnotí, v jaké míře dokáže člověk sám uspokojovat (vykonávat) potřeby denního života. Fyzická soběstačnost je v jeho životě jedna z nejdůležitějších rolí, protože díky ní dochází k uspokojování všech aktivit denního života. Pohyb je základním předpokladem soběstačnosti a nezávislosti. Za soběstačného jedince je považován ten, kdo je schopen zvládat všechny všední denní činnosti bez dohledu či pomoci druhé osoby a zvládá potřebné a očekávané sociální role v prostředí, ve kterém žije. Hodnocení soběstačnosti je základní intervencí ošetrovatelského personálu. Proces hodnocení je cyklický a vlastně nepřetržitý. Ke zhodnocení soběstačnosti bylo vytvořeno mnoho testů, které nejsou časově náročné, ale vyžadují určitou míru zkušenosti. Mezinárodně nejpoužívanější test pro hodnocení soběstačnosti pacientů je Barthelův test základních všedních činností Activity of Daily Living (ADL). Jedná se o strukturovaný dotazník pro zhodnocení stupně závislosti testovaných pacientů. Českou verzi zpracovali a standardizovali Topinková a Neuwirth. Pacient je posuzován v deseti základních oblastech běžného života. Hodnotí se schopnosti v oblasti stravy a pití, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence moči, kontinence stolice, použití toalety, přesunu na lůžko/židli, chůze po rovině. Každá oblast je ohodnocena body v rozmezí 0, 5, 10 nebo 15 bodů. Při součtu bodů ze všech oblastí značí 0 úplnou závislost a naopak 100 bodů úplnou soběstačnost. Pacient, který je vysoce závislý na pomoci druhé osoby, bude zároveň ve velmi vysokém riziku vzniku dekubitů (Pokorná et al., 2013).

2.2 Dekubity

V dostupných odborných zdrojích najdeme mnoho definic dekubitu. Všechny uvádějí jako hlavní faktor vzniku tlak. Dekubity jsou tedy důsledek lokální ischemie kůže, podkožních tkání a svalů, kdy následuje ulcerace až nekróza, která vzniká v důsledku spolupůsobení vnitřních a vnějších faktorů na predilekční místa. Jiná definice uvádí, že dekubity jsou rány vyvolané tlakem, tedy tlakové rány a vředy, kde je rozsah odúmrti tkáně určován současným a vzájemným působením intenzity a doby tlaku, celkovým stavem pacienta a vlivy vnějšího prostředí (Pokorná a Mrázová, 2012).

Přestože primární příčinou vzniku dekubitů je tlak, podílí se na něm i další důležité vnější a vnitřní faktory. Dekubity se vyskytují u pacientů ve všech oborech medicíny. Nejčastější výskyt je u pacientů s míšními lézemi vrozeného, traumatického, zánětlivého, cévního i nádorového původu, dále pacienti s onemocněním sclerosis multiplex, ochrnutí po iktech, pacienti s neurologickými onemocněními s následnými poruchami hybnosti. Často je možné se setkat s dekubity u nemocných v ortopedických oborech, u pacientů s metabolickými poruchami i u těžkých infekčních stavů. Speciální skupinou jsou staří lidé s pokročilou generalizovanou arteriosklerózou, se stařeckou demencí a mnoha jinými onemocněními (Ondřiová a Fertařová, 2013).

Dekubity jsou poškození kůže či podkoží, které je ve většině případů lokalizováno nad kostní prominencí. Na jeho vzniku se podílí celá řada faktorů, z nichž nejvýznamnější jsou tlak, tření, smykové třecí síly (vlečné tření) a závažnost zdravotního stavu. Riziko vzniku se zvyšuje nedostatečnou nebo nadměrnou vlhkostí kůže, zhoršeným prokrvením tkání, v těžké orgánové insuficienci, v sepsi, v malnutrici, u nespolupracujících pacientů apod. (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016).

Působením lokálního tlaku jsou stlačovány drobné cévy. Tato část těla není dostatečně prokrvovaná a zásobovaná kyslíkem. To způsobuje hromadění toxických produktů látkové přeměny ve tkáních, zvyšuje propustnost kapilár, cévy se rozšiřují, vzniká edém a následně celulární infiltrace. Tato zánětlivá reakce nejprve vyvolá hyperemii se stoupajícím kapilárním tlakem. Tento stav je ještě reverzibilní, toxické produkty látkové přeměny mohou být odváděny, kožní buňky se mohou regenerovat, ale musí být vyloučeno další působení tlaku na postiženou oblast. Pokud působení tlaku přetrvává, zvyšuje se hypoxie a odumírání kožních buněk je ireverzibilní, tvoří se nekrózy. Poškození tkání je tedy závislé na délce působení tlaku, proto včasným

odstraněním vyvolávající příčiny je možné tomuto zabránit. Prevalence dekubitů je uváděna 2 - 4 % u hospitalizovaných nemocných, 10 – 20 % u nemocných v dlouhodobé péči. Mortalita u pacientů s dekubity je vysoká, uvádí se 30 – 50 %, ale příčinou je obvykle závažné onemocnění, méně často komplikace dekubitu jako např. sepse (Ondřiová a Fertařová, 2013).

2.2.1 Klasifikace dekubitů

Podle odborných zdrojů se klasifikace dekubitů liší v počtu stupňů, do kterých je rozdělována. Klasifikuje se od tří do pěti stupňů. Česká společnost pro léčbu rány přijala čtyřstupňové dělení podle Mezinárodní evropské asociace pro léčbu dekubitů European Pressure Ulcers Advisory Panel (EPUAP). 1. stupeň je erytém, kde není poškozena kontinuita kůže. Jeden z počátečních příznaků je bolest na postiženém místě, která je doprovázena ohrazeným zarudnutím postižené oblasti. Zarudnutí při přitlačení prstem přechodně vybledne. Objevuje se lehké zduření. Ve 2. stupni vznikají puchýře naplněné čirou tekutinou. Puchýře se zvětšují, praskají, rána secernuje. Okraje jsou navalité a je zánět kůže. Anatomicky jde o poškození vrchní kůže a škáry. 3. stupeň poškozuje vrchní kůži, škáru a podkožní vazivo. Často současně s praskajícími puchýři spodina rány tmavne až černá a vzniká nekróza. Defekt zasahuje kráterovitě do hloubky. Okolí může být podminované. Sekrece z rány je serózní, později může být purulentní, pokud se přidá infekce. 4. stupeň je již poškození hlubokých vrstev svalů, jejich vazivových obalů a kosti. Dekubit se rozšiřuje a prohlubuje, může sahat až na kost, kterou obnažuje. Vzniká dekubitální vřed. Druhou nejpožívanější klasifikací je Danielova klasifikace, která je pětistupňová. 1. stupeň je charakterizován zarudnutím kůže. Ve 2. stupni se objevují povrchové kožní vředy. Ve 3. stupni vzniká nekróza podkožního tuku, 4. stupeň se vyznačuje postižením všech hlubších struktur mimo kostí a 5. stupeň jsou rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, odloučení kostí nebo destrukce kloubů (Pokorná a Mrázová, 2012).

Pokud není jisté, o jaký stupeň dekubitu se jedná, je defekt označován jako podezření na hluboké poškození tkání. Místo může být fialově nebo kaštanově zbarvené, kůže nemusí být porušená. Někdy se poškození kůže projeví puchýřem

naplněným krví, což signalizuje poškození podkladové měkké tkáně tlakem nebo stříhem. Může předcházet bolest. Oblast může být bažinatá, teplejší nebo chladnější ve srovnání s okolní tkání. U pacientů s tmavě zbarvenou kůží je riziko, že hluboké poranění tkáně je obtížněji zjištěné. Může se také stát, že u viditelného dekubitu není možné zjistit jeho hloubku. Dekubitus o neznámé hloubce je popisován jako kompletní ztráta tkáně v plné tloušťce, kdy základem vředu je slough, který značí žlutá, šedá, zelená, hnědá tkáň, nebo krusta s hnědou nebo černou nekrotickou tkání. Skutečná hloubka v tomto případě může být určena až po odstranění slough nebo krusty a obnažení tkáně. V případě přítomnosti stabilní a suché neporušené tkáně bez zarudnutí nebo pohyblivosti či krusty na patě tkáň neodstraňujeme, protože tvoří přírodní biologickou ochranu. Vývoj rány může být různý, na tmavém lůžku rány se může objevit jen tenká vrstva poškozené tkáně nebo naopak dojde k rychlému obnažení dalších vrstev i přes to, že je zajištěna optimální léčba (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016).

2.2.2 Rizikové faktory ovlivňující vznik dekubitů

Vznik dekubitů ovlivňuje celá řada faktorů. Nejvýznamnější jsou tlak, třecí a smykové třecí síly, zdravotní stav pacienta. Riziko vzniku dekubitů zvyšuje nadměrná suchost kůže nebo naopak vlhkost. Stane se, že i když je pacient preventivně zajištěn po léčebné i ošetrovatelské stránce, přesto dekubit vznikne. Děje se to především u pacientů se zhoršeným prokrvením tkáně, s těžkou orgánovou insuficiencí, v sepsi, s malnutricí, při kontraindikovaném polohování nebo např. u nespolupracujících pacientů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) podporuje všechny aktivity, které vedou ke snížení vzniku dekubitů, např. v roce 2015 vydáním Věstníku Ministerstva Zdravotnictví České republiky o prevenci vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016).

Do rizikových faktorů kromě působení tlaku řadíme i věk (vysoké riziko představují pacienti ve věku nad 80 let, více než 70 % nemocných s dekubity jsou starší 70 let), malnutrici (úbytek hmotnosti, hyperalbuminémie nižší než 35 g/l, nedostatek vitamínu C, B, D a zinku a zvýšený katabolismus zvyšují riziko vzniku dekubitů a zapříčiňují špatné hojení), imobilitu, neurologické poruchy mobility a senzoryky,

kontraktury, inkontinence moči a stolice (způsobují vlhkost a mikrobiální kontaminaci, vzniká sekundární infekce), zhoršenou periferní cirkulaci (hypotenze, periferní cévní onemocnění, anemie), diabetes mellitus, stav po CMP, poruchy vědomí, demenci, demyelinizační syndrom, infekční onemocnění, farmaka (kortikosteroidy, cytostatika). Riziku vzniku dekubitů jsou nejvíce vystaveni staří lidé, kterých ve světové populaci stále přibývá. Tím pádem roste i výška finančních prostředků, které musí nemocnice na léčbu pacientů s dekubity vynaložit. Péče o pacienty s dekubity je nejen finančně, ale i fyzicky a časově náročná. Proleženiny jsou bolestivé a zvyšují riziko vstupu infekce do oslabeného organismu. Úmrtnost pacientů s dekubity je pětikrát vyšší než u lidí stejného věku, kteří dekubitem netrpí (Ondřiová a Fertařová, 2013).

V etiologii dekubitů se uplatňují místní a celkové příčiny jejich vzniku (Pokorná a Mrázová, 2012). Do skupiny místních rizikových faktorů řadíme tlak, tření, střížnou sílu a vlhkost. Pokud je stlačení měkkých tkání mezi kostí a podložkou větší než 12 mm Hg, převyší žilní kapilární tlak a vede k edému. Když je stlačení větší než 32 mm Hg, převyší arteriální tlak a vede ke tkáňové anoxii. Při tlaku větším než 70 mm Hg a trvajícím déle než 2 hodiny je vyvolána tkáňová nekróza. Přepětím nebo ohnutím cév (shearing) v hýžděové nebo sakrální oblasti při ležení s podloženými zády může vzniknout přerušení toku krve i bez překročení kapilárního tlaku, vzniká tzv. funkční ischemie. Tření, vznikající vytahováním pacienta nebo častěji jeho sjížděním po prostěradle, kdy se nachází v podložené ale nezapřené poloze, nebo nevhodný způsob polohování, vedou k poškození vrchních vrstev kůže a ke snadnějšímu vzniku defektů. Obzvláště ve stáří (jako projev stárnutí) je spojení epidermis a dermis méně pevné, proto je tato skupina pacientů zranitelnější. Vlhkost vede k zapaření a maceraci kůže, zvláště při inkontinenci moče a stolice, nebo při větším pocení. Pacient ve vlhkém lůžku je projevem zanedbání ošetrovatelské péče. Totéž platí i pro neupravené lůžko se shrnutým ložním prádlem popř. zbytky jídla (Kalvach et al., 2008).

Do skupiny celkových rizikových faktorů patří řada příčin, kde mezi nejdůležitější řadíme imobilitu, nemoci, věk a výživu. Hypomobilita, imobilizační syndrom, Parkinsonova nemoc a parkinsonský syndrom s hypokinezí, kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí, Alzheimerova choroba, demence či deprese, stres, to jsou příčiny, které vedou ke vzniku imobility, která je rizikem vzniku dekubitů. Do oblasti nemocí jsou řazeny choroby srdce jako městnavá srdeční slabost se zvýšením žilního tlaku a s poruchou tkáňové výměny plynů. Mikroangiopatie a neuropatie u diabetes mellitus

zhoršuje prokrvení i čítí, hojení ran a zvyšuje riziko infekce. Mezi další rizikové faktory patří onemocnění ledvin, malignity, onemocnění CNS, hypoxemie na podkladě anemie, respirační či oběhové insuficience, dále také tělesná teplota a kumulace těchto onemocnění. Věk je dalším rizikovým faktorem a souvisí s involuční atrofií, nižší elasticitou kůže a její snadnější zranitelností a také zhoršením hojení defektů. V oblasti výživy jsou rizika v podobě malnutrice i obezity a dehydratace. Nedostatečná výživa vede k úbytku podkožního tuku a svalstva, které vytvářejí přirozenou ochranu před vznikem dekubitu. Velkým problémem je hypoproteinemie, kdy snížená hladina bílkovin způsobuje tvorbu edémů a tím se zhoršuje prokrvení. Nedostatek vitamínu C, minerálů zinku a železa vede ke snížení syntézy kolagenu a obecně nedostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků vede ke zhoršení hojení defektů. I obézní pacienti mohou trpět malnutricí a k tomu mají ještě vyšší sklon ke tvorbě intertriga a macerace kůže a navíc jejich hmotnost ztěžuje polohování (Mikula a Müllerová, 2008).

2.2.3 Hodnotící škály rizika vzniku dekubitů

Existuje celá řada hodnotících škál. Liší se v množství hodnotících kritérií a doplňují komplexní zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Tyto vyhodnocovací škály hodnotí pacienta v několika kategoriích a následně vypočítané skóre ukáže riziko vzniku dekubitů. Mezi často používané řadíme skóre podle Nortonové (v dlouhodobé péči), škálu Waterlow (v chirurgických oborech), Braden-Bergstromovo skóre (v intenzivní péči). Jejich průběžné vyhodnocování je základem prevence proleženin a každý kontakt s pacientem je příležitost pro vyhodnocení komplikací. Pro posouzení pravděpodobnosti vzniku proleženin se doporučuje vybrat měřící techniku podle specifik skupiny (pacienta, oddělení). Každá škála obsahuje kombinace různého počtu posuzovaných položek, které zvyšují riziko vzniku dekubitů. Průběžné vyhodnocování je základ prevence vzniku proleženin (Csisko, 2014).

Skóre podle Nortonové se týká míry rizika vzniku dekubitů. V rozšířené stupnici se sleduje devět oblastí: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další nemoci, tělesný stav, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence, aktivita. Riziko vzniku dekubitů vyjadřuje součet bodů, který je 25 nebo méně. Čím nižší je počet bodů, tím se riziko zvyšuje. Tato škála je nejpoužívanější. Braden-Bergstromovo skóre hodnocení rizika vzniku

dekubitů hodnotí šest oblastí: citlivost, vlhkost, aktivitu, mobilitu, výživu, tření a stříh. Jednotlivé položky jsou obodovány od jedné do čtyř a s klesajícím skóre narůstá riziko vzniku dekubitů. Hodnocení rizika vzniku proleženin dle Shannon sleduje sedm oblastí: duševní stav, kontinenci, mobilitu, aktivitu, cirkulaci, tělesnou teplotu a medikaci. Skóre 16 bodů a méně představuje významné riziko vzniku proleženin. Škála Waterlow hodnotí nejvíce oblastí ze zde uvedených hodnotících škál, a to stavbu těla (váha, výška), typ kůže v ohrožené oblasti, pohlaví, věk, zvláštní rizika, kontinenci, neurologickou poruchu, pohyblivost, chuť k jídlu, operace, trauma, medikaci. Čím vyšší je bodové skóre, tím větší je riziko vzniku dekubitů (Mikšová et al., 2006).

2.3 Prevence vzniku dekubitů v rámci ošetrovatelské péče

Prevence vzniku dekubitů je důležitý ukazatel ošetrovatelské péče a představuje stále aktuální problém současné klinické praxe. Jde o multidisciplinární přístup, kde má každý člen ošetrovatelského týmu nezastupitelné místo. A právě v oblasti prevence vzniku dekubitů mohou sestra a sanitář v maximální míře využít své odborné znalosti a dovednosti, protože téměř všechny preventivní intervence spadají do oblasti nezávislých činností. V problematice dekubitů je ověřeno, že prevence je několikanásobně přínosnější z více hledisek nežli léčba vzniklého dekubitu (Csisko, 2014).

Vzhledem k tomu, že příčiny vzniku dekubitů jsou dobře známé, jsou známé i způsoby, jak jim předcházet. Zásadní význam má dobře organizovaná a kvalitní péče jak v prevenci tak i v léčbě. Péče o pacienta by měla být komplexní, koordinovaná a kontinuální, včetně dobré spolupráce celého ošetrovatelského týmu. Prevenci nelze zaměřit pouze např. na snížení působení tlaku nebo důkladnou hygienu těla. Je nutné zajistit všechny potřeby pacienta včetně psychických a sociálních. Významná je i spolupráce rodiny. Ošetřující sestra postupuje metodou ošetrovatelského procesu, ale ke každému pacientovi přistupuje individuálně s ohledem na jeho onemocnění a specifické potřeby (Mikula a Müllerová, 2008).

Aby se u pacientů předešlo výskytu dekubitů, je potřeba provádět správnou prevenci. Zaručená metoda neexistuje, ale oblast preventivních opatření je široká a týká se hlavně ošetrovatelské péče. Management účinných preventivních postupů

vyžaduje, aby se průběžně hodnotila rizika vzniku dekubitů a aby byly zajištěny podmínky stabilizace a nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta. Preventivní opatření na snížení rizika vzniku dekubitů zahrnují kromě průběžného hodnocení i úpravu prostředí, správné polohování, vyváženou výživu, pečlivou hygienu a dodržování postupů k předcházení jejich vzniku. V první řadě je třeba, aby ošetrovatelský personál správně vyhodnotil, zda je pacient v rizikové skupině. V praxi jsou využívány již zmíněné vypracované způsoby pro hodnocení rizika vzniku dekubitů (Csisko, 2014).

2.3.1 Polohování

Polohováním rozumíme cílenou změnu poloh nemocného s výrazným motorickým a někdy i současně senzorickým deficitem za účelem prevence zejména dekubitů a kontraktur. Může mít i další cíle jako je regulace svalového tonu, zlepšení oběhových funkcí, prevence pneumonie, zlepšení pozornosti aj. Polohování je změna a střídání poloh na zádech (supinační a semisupinační), případně polosedu a polohy na břiše (pronační poloha). Uložení končetin může mít mnoho variant a využívá se specificky vzhledem k základnímu onemocnění. Hlavní zásadou je uložení segmentů tak, aby nebyla vyvolána bolest a byl umožněn případný možný pohyb (Dupalová, 2012). Je nutné pravidelně kontrolovat místa ohrožená vznikem dekubitů jako týlní krajina, oblast loktů, hřebeny lopatek, žebra, výběžky obratlů na páteři, boky, sakrální oblast, kyčelní krajina, kyčelní kost, sedací hrboly, kloubní hrboly kosti stehenní a kosti holenní, kolena, hlavičky lýtkových kostí, kotníky, paty a tlakové body plosek chodidel (Mikula a Müllerová, 2008). Důležitá je také kontrola a péče o permanentní močový katetr u pacientů s poruchou sfinkterů nebo o nazogastrickou sondu. U pacientů se středně těžkou a těžkou poruchou hybnosti je nutné provádět pohyby pravidelně ve všech segmentech. Cílem je prevence atrofie svalů, vzniku osteoporózy a vzniku degenerativních změn na hyalinních chrupavkách, vazivu a kloubních pouzdrech, prevence vzniku heterotopických osifikací (Dupalová, 2012).

Změna polohy pacienta v pravidelných intervalech je základní podmínkou v prevenci vzniku proleženin. Imobilního pacienta polohujeme podle potřeby, nejméně však po dvou hodinách, v noci dodržujeme tříhodinový interval (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016). Intervaly mezi změnami polohy závisí na momentálním stavu pacienta,

takže se mohou pohybovat od 1 do 4 hodin, např. ze začátku každých 15 min s prodlužováním na 2 hodiny, v noci 3 hodiny. Tlak je přenesen na méně ohrožená místa a tím je možné postupně prodlužovat intervaly mezi změnami polohy až na 8 hodin a tím umožnit pacientovi nerušený spánek (Csisko, 2014).

Při poloze pacienta na zádech jsou dolní končetiny nataženy v kyčelním a kolenním kloubu, patela směřuje ke stropu, končetiny se nesmí vytáčet zevně. Podhlavník s polštářem je zvednut maximálně 30° (kromě období jídla). Důležité je dbát na elevaci pat. Slabá podložka mezi středem lýtky a kotníky zajistí trvalé zvednutí pat. Tlustá podložka, která zdvihne dolní končetiny vysoko, zhoršuje jejich prokrvení a výživu. Další chyby v polohování pat jsou paty podloženy přímo, dolní končetiny v zevní rotaci, používání kruhových polštářků či podložek pod paty, které zhoršují prokrvení a podporují vznik dekubitů. Zásady polohy na boku jsou tenký polštář pod hlavou, trup je zezadu podložený, spodní horní končetina je položena na polštáři u hlavy, horní paže je buď na polštáři před trupem nebo natažená podél trupu popř. na zádech a vždy s vloženým polštářem mezi trupem a horní končetinou. Spodní dolní končetina je natažená a vrchní mírně flektovaná v kyčli a koleni před trupem a podepřená. Podložka nebo polštář vložený mezi dolní končetiny zamezí kontaktu kolen a kotníků. Vhodná a stále více doporučovaná poloha je tzv. šikmá poloha, mírné naklopení cca 15–30° (Starnovská, 2015).

Fyzioterapeut má obecně na individuální rehabilitaci vyhrazený krátký čas, proto ošetrovatelský personál musí v rehabilitaci pokračovat i v průběhu dne. Ošetrovatelská rehabilitace zahrnuje běžné úkony jako posazování v a na lůžku, doprovod na WC, ke stolu, k umývadlu, apod. (Šeflová et al., 2016). Při polohování je možné použít polohovací pomůcky jako např. antidekubitní podložky, podložní kruhy, válce, kvádry, klíny apod. Vhodné nejsou gumové podložní kruhy plněné vzduchem, protože vnitřní lem kruhu způsobuje poruchy mikrocirkulace v sakrální oblasti. Při polohování je důležité dodržovat správnou zvedací techniku. Aktivní účast na pohybu umožní pacientovi jemu dostupné pomůcky jako hrazdičky, postranice, žebříčky apod. U imobilních je vhodné použít zvedací zařízení. Při polohování je nutné zabránit poškození kůže a tkání třením a střížnými silami. Pokud pacient zvládne sedět, neměl by se sesouvat v křesle a sedět příliš dlouho. Maximální doba sezení je jedna hodina. O polohování se vede záznam, ve kterém je uváděno střídání poloh v časovém intervalu (Csisko, 2014). Bohužel pacienti často odmítají spolupracovat a sami se vrací

do nevhodné a rizikové polohy. Řešení je obtížné a vyžaduje komplexní přístup celého týmu (Šeflová et al., 2016).

2.3.1.1 Používání antidekubitních pomůcek

Nejlepším řešením, jak účinně předejít dekubitům, jsou antidekubitní matrace. Jejich požívání se zdá být nákladné, ale potvrdilo se, že takto vynaložené prostředky jsou mnohonásobně nižší než prostředky vynakládané na léčbu dekubitů (Csisko, 2014). Antidekubitní matrace jsou děleny podle podpůrného povrchu na statické (pasivní), aktivní a dynamické. Statické matrace jsou vyrobeny z polyuretanové pěny. Využití mají pro nerizikové až středně rizikové pacienty bez poškození tkáně s rozmezím hmotnosti do 90 až 120 kg. Mají hlavně preventivní charakter, snižují tlak, zvyšují pohodlí a dobře se přizpůsobují tělu. Tlak těla je rozložen na celou plochu matrace na rozdíl od klasické molitanové. Pro pacienty s nízkým až vyšším rizikem vzniku dekubitů, pro pacienty s dekubity druhého stupně a s hmotností do 120 až 140 kg jsou vhodné aktivní matrace. Jdou to podložky pod pacienta se střídavým působením tlaku s preventivními a léčebnými účinky. Omezují působení tlaku na tkáň na principu střídavého nafukování a vyfukování částí matrace. Tím snižují pravděpodobnost dlouhodobého nedostatečného prokrvení tkáně a riziko progresu dekubitů. Dynamické matrace jsou matrace se střídavým působením tlaku, které mají možnost volby statického a aktivního režimu a provzdušňování. Některé typy matrací jsou vyrobeny tak, že umožňují pacientovi plynulé střídání polohy ze supinační do pronační (ze zad na břicho). Dynamické matrace jsou tedy používány pro vysoce a velmi vysoce rizikové pacienty a s dekubity třetího a čtvrtého stupně s hmotností do 160 až 250 kg dle výrobního typu. Matrace pracují na principu střídavého nafukování a vyfukování částí matrace, provzdušňování matrace pod pacientem zabraňuje vzniku vlhkosti. Mají možnost volby mezi aktivním a pasivním působením. Používají se pro prevenci i léčbu, snižují pravděpodobnost dlouhodobě nedostatečného prokrvení tkáně (Mikšová et al., 2006).

Při použití aktivní matrace platí několik zásad. Patří mezi ně váhové nastavení matrace, polohování pacienta (i přesto, že matrace je aktivní), typ prostěradla a minimalizace množství vrstev na matraci. Čím více podložek je použito, tím více se

snižuje funkce aktivní matrace včetně její paropropustnosti a mikroklimatu pod pacientem, dochází ke kumulaci vlhka a tím se zvyšuje možnost vzniku změn na pokožce (Koutná a Jansová, 2016).

2.3.2 Hygiena a péče o pokožku

Z hlediska prevence dekubitů je profesionálně prováděná hygienická péče velmi důležitá. Při ošetřování pokožky je nutnost postupovat jemně a citlivě, při mytí a sušení se vyhnout tření. Opakovaným mytím mýdlem a vodou měníme pH pokožky z kyselého na zásadité a tím se zvyšuje riziko vzniku infekce. K mytí znečištěné kůže je nejvhodnější použít profesionální kosmetiku jako jsou pěny, oleje, mycí emulze. K šetrné hygieně se doporučují jednorázové, vlhčené mycí hygienické ubrousky nebo rukavice. Potom má být pokožka ošetřena nanesením bariérového přípravku, který vytvoří ochranný film. Vždy je nutné, aby kůže byla dostatečně suchá. Nanášení hydratačních krémů nebo jiných přípravků se provádí jemně. V prevenci macerace kůže u inkontinentních pacientů používajících plenu se aplikace past nedoporučuje. Ochranný účinek pasty je zajištěn její vyšší vrstvou, ale otisk pasty na plenu snižuje její savost. Pasta také mění barvu kůže a to může znemožnit odhalení první známky vzniku dekubitu. Pasty mají tendenci kůži vysušovat a jejich odstraňování je rizikem pro poranění pokožky. Zbytky pasty se odstraňují olejem, ne vodou. U macerované kůže může velmi snadno dojít k poškození s následnou bakteriální nebo mykotickou infekcí. Při používání plen se riziko zapaření a macerace zvyšuje a proto je vhodné nechat tyto partie vzdušnit. Kafrové a mentolové přípravky k mazání se u rizikových pacientů nedoporučují, protože způsobují místní překrvení v horních vrstvách kůže. Osobní prádlo pacienta by mělo být vzdušné a volné, lůžko pokud možno bez gumových podložek či některých polohovacích pomůcek, které by mohly způsobit zapaření nebo maceraci pokožky. Lůžkoviny musí být co nejvíce vypnuté, bez záhybů, čisté, suché a bez zbytků jídla. (Šeflová et al., 2016).

2.3.3 Výživa a hydratace

Nutriční stav a hojení ran jsou dva velmi úzce propojené procesy. Z evolučního hlediska však reakce na zranění a následné hojení není spojeno se zvýšeným příjmem potravy. Problém nastává v situaci, kdy je hojení rány ztíženo nějakou komplikací, což může být např. nezvládnutelná infekce nebo rozsáhlé zranění, které vyústilo v další onemocnění. Další možností může být stav, kdy tělesné zásoby endogenních substrátů nedostačují ke kompletnímu zhojení rány. Hojení rány je složitý a dlouhodobý stav, kdy nemocný trpí opakovanými infekcemi v ráně i mimo ní a často je tento stav komplikován malnutricí. Nehojící rána se stává zdrojem zánětlivé reakce, která má za následek chronické zánětlivé dráždění, což způsobí katabolické reakce v organismu. Chronický zánět svými metabolickými důsledky vede i k omezení syntézy svalových bílkovin. Vlivem zánětu se také snižuje chuť k jídlu a nemocný trpí malnutricí (hlavně v bílkovinné složce). Při nedostatku pohybu se pak uzavírá bludný kruh: zánět, malnutrice, imobilita, kdy se bez pohybu nemůže zlepšit proteosyntéza v kosterních svalech. Z těchto skutečností je zřejmé, že nutriční podpora musí být součástí komplexního přístupu k nemocnému (Sobotka, 2015).

Nutričně vyvážená strava obsahuje 15 – 20 % bílkovin, 25 – 35 % tuků, 45 – 65 % sacharidů. Důležitý je přísun mastných kyselin, který by měl být více než 8 g/den. Nedostatek esenciálních kyselin a nadbytek omega–3 mastných kyselin může způsobit zpomalení hojení ran. Bílkoviny jsou základní složkou k tvorbě nových buněk a tkání. Dostatečným přísunem stravou se snižuje riziko ztráty aktivní tělesné hmoty, především kosterní svaloviny. Pacient s dekubitem by měl denně přijmout 30 – 35 kcal na 1 kg své hmotnosti, resp. 1 – 1,5 g bílkovin na 1 kg své hmotnosti. Hlavním zdrojem energie jsou sacharidy. Tlumí tvorbu ketolátů a tím snižují katabolismus a spotřebu proteinů. Pokud strava neposkytuje dostatek energie, čerpá organismus z vlastních zdrojů. Dochází k úbytku tuku a kosterní svaloviny. Ztráta svalů má za následek omezení pohyblivosti nemocného, zvyšuje tlak na kostní výčnělky a tím stoupá riziko vzniku dekubitů. Pro metabolismus jsou důležité i vitamíny a minerální látky. Podílejí se na látkové přeměně bílkovin, sacharidů, lipidů – např. vitamíny skupiny B, biotin, hořčík, chrom, zinek. Vitamíny C, E, A zajišťují obranyschopnost organismu a chrání tím ránu před infekcí, podporují činnost nervové soustavy a pomáhají při hojení ran. Z posledních studií o vitamínech vyplývá, že nepostradatelné z hlediska prevence jsou

kyselina listová, vitamín B6, B12, vitamíny D, E, provitamín A (karoten), vitamíny A, C a K. Z minerálních látek je třeba zmínit sodík, draslík, chlor, vápník, hořčík a fosfor. Tyto látky sice nemají energetickou funkci, ale jsou významnými složkami organismu. Stopové prvky jako jsou mangan, zinek, měď či fluor patří mezi látky podílející se na tvorbě kostí a svalů a mají antioxidační účinky. Selen ochraňuje buňky před kyslíkovými radikály a organismus proti toxickému působení těžkých kovů. Zinek má vliv na obranyschopnost organismu, podporuje hojení ran, zlepšuje elasticitu a pevnost tkání, pomáhá udržovat duševní rovnováhu. Důležitý je také příjem dostatečného množství tekutin. U jedinců nad 55 let se doporučuje příjem tekutin 30 ml/kg/den nebo minimálně 1500 ml/ den. Vyjimku tvoří pacienti s renálním a kardiálním selháváním. Pokud má nemocný s rizikem vzniku dekubitů nebo s dekubitem problémy s příjmem stravy a hrozí mu tím riziko nedostatečné výživy, je vhodná nutriční podpora. Jde o úpravu diety a doplnění o vhodné nutriční přípravky. Jednou z forem podávání výživy je tzv. sipping – popíjení tekutých přípravků s kompletním obsahem všech nezbytných živin po malých dávkách během dne. Tyto speciální přípravky jsou podávány jako doplněk stravy mezi jídly, ne místo jídla. Existuje více různých druhů např. se zvýšeným obsahem proteinů, s vlákninou, atd. a je nabízena celá škála příchutí (Grochalová, 2015).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné předpoklady

V bakalářské práci byly stanoveny 3 výzkumné cíle a 2 dílčí výzkumné předpoklady. První dílčí výzkumný předpoklad se zaměřuje na základní znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů, druhý dílčí výzkumný předpoklad je zaměřen na prevenci. Výzkumné předpoklady byly ověřeny předvýzkumem, který proběhl v Nemocnici v Tanvaldě s.r.o. na oddělení Následné péče v květnu 2018.

Cíle práce:

1. Zmapovat znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů u imobilních geriatrických pacientů ve věku od 75 let do 84 let.
2. Zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci vzniku dekubitů u geriatrických pacientů.
3. Vypracovat článek k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických pacientů.

Výzkumné předpoklady:

- 1a Předpokládáme, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku.
- 1b Předpokládáme, že 60 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů imobilitu pacienta.
- 2a Předpokládáme, že 95 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření vzniku dekubitů polohování.
- 2b Předpokládáme, že 85 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření vzniku dekubitů hygienu a péči o pokožku.

3.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu formou dotazníků. Respondenty výzkumného šetření byly všeobecné sestry pracující na oddělení Následné péče Nemocnice Tanvald s.r.o., dále CEDR (Centrum doléčování a rehabilitace Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o. v Jablonci nad Nisou (CEDR 1) a v Tanvaldě (CEDR 2) a na Oddělení následné péče v Krajské nemocnici Liberec a.s., v Liberci a v Jablonném v Podještědí. Na začátku výzkumného šetření byl zajištěn souhlas hlavní sestry z každé nemocnice, kde byl výzkum prováděn a poté souhlas vrchních sester výše zmíněných oddělení (viz Příloha A, B, C). Dotazníkovému šetření předcházela předvýzkum, který proběhl v Nemocnici Tanvald s.r.o. na oddělení Následné péče. V rámci předvýzkumu (viz Příloha F) bylo dotazováno 10 respondentů. Na základě vyhodnocení předvýzkumu byly otázky ponechány v původní formulaci, byly pouze upřesněny procentuální hodnoty ve výzkumných předpokladech.

Dotazník (viz Příloha D) obsahoval 15 otázek, které byly uzavřené a s výběrem jedné odpovědi. První 3 otázky byly pouze identifikační a zajímaly se o délku praxe ve zdravotnictví, nejvyšší dosažené vzdělání a způsob získávání nových informací o daném tématu (otázky č. 1, 2, 3). Následující 3 otázky (otázky č. 4, 5, 6) zjišťovaly základní znalosti respondentů v problematice dekubitů. Ostatní otázky byly zaměřeny na konkrétní výzkumné cíle, a to rizikové faktory a preventivní opatření. Na rizikové faktory vzniku dekubitů se dotazovaly položky č. 7, 8, 9 a 10, preventivní opatření v rámci ošetrovatelské péče zjišťovaly otázky č. 11, 12, 13, 14 a 15. Celkem bylo osloveno 120 všeobecných sester. Řádně a kompletně vyplněno bylo 100 dotazníků, celkem se tedy dotazníkového šetření zúčastnilo 100 respondentů. Výzkum byl zahájen v červnu 2018 a ukončen v srpnu 2018. Předvýzkum i samotné dotazníkové šetření probíhalo zcela dobrovolně a anonymně.

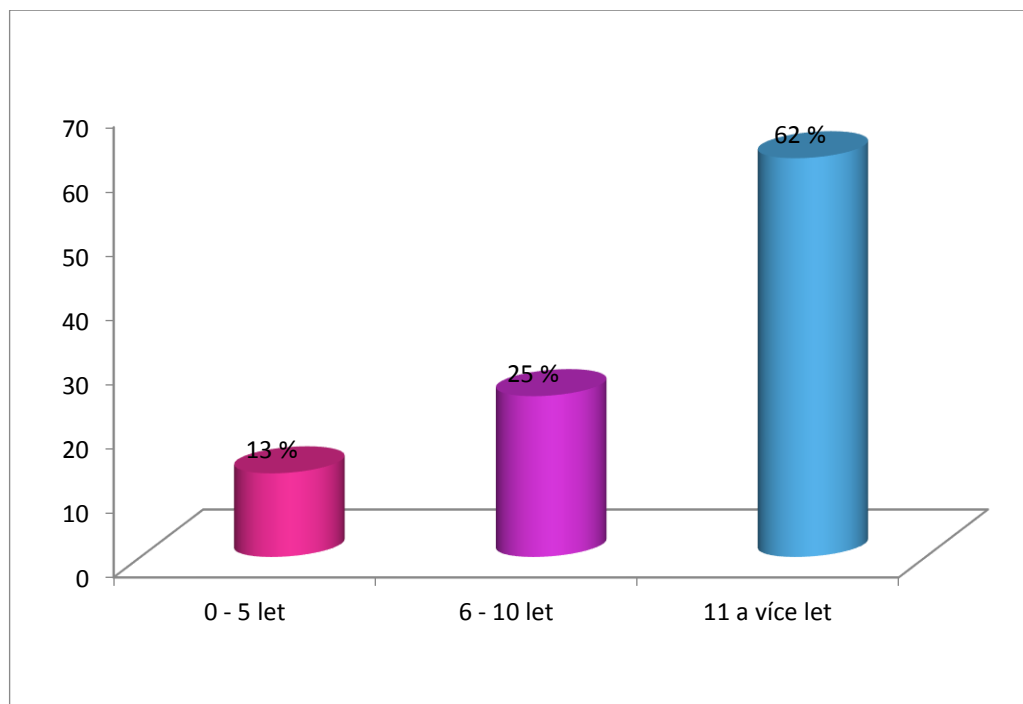
3.3 Analýza výzkumných dat

Data získaná z výzkumu byla zpracována a vyhodnocena v programu Microsoft Office 2016 Word a Microsoft Office 2016 Excel. V tabulkách jsou čísla ve dvou sloupcích, z nichž jeden sloupec zobrazuje počet odpovědí k dané otázce (absolutní četnost) a druhý sloupec vyjadřuje procentuální hodnoty (relativní četnost), Σ (celková četnost). Analýza je zpracována pro každou odpověď samostatně.

3.3.1 Analýza dotazníkové položky č. 1

Tab. 1 Délka praxe ve zdravotnictví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 5 let	13	13,0 %
6 - 10 let	25	25,0 %
11 a více let	62	62,0 %
Σ	100	100,0 %



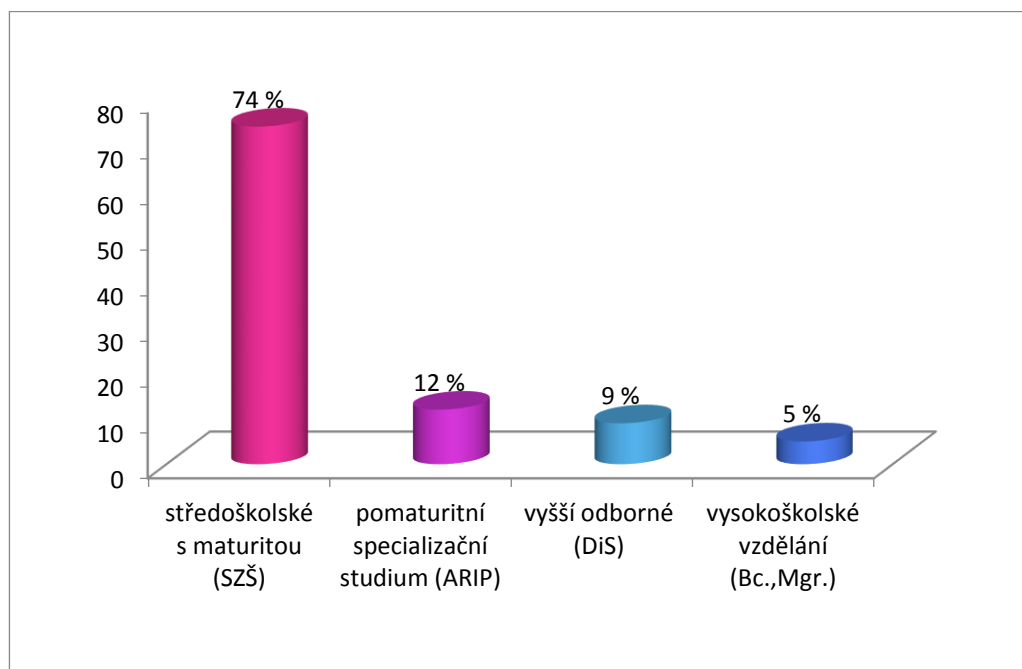
Graf 1 Délka praxe ve zdravotnictví

Nejdelší dobu praxe ve zdravotnictví 11 a více let uvedlo 62 % respondentů. Délku praxe 6-10 let uvedlo 25 % respondentů a nejméně dotazovaných (13 %) uvedlo délku praxe 0-5 let.

3.3.2 Analýza dotazníkové položky č. 2

Tab. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské s maturitou (SZŠ)	74	74,0 %
pomaturitní specializační studium (ARIP)	12	12,0 %
vyšší odborné (DiS)	9	9,0 %
vysokoškolské vzdělání (Bc.,Mgr.)	5	5,0 %
Σ	100	100,0 %



Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

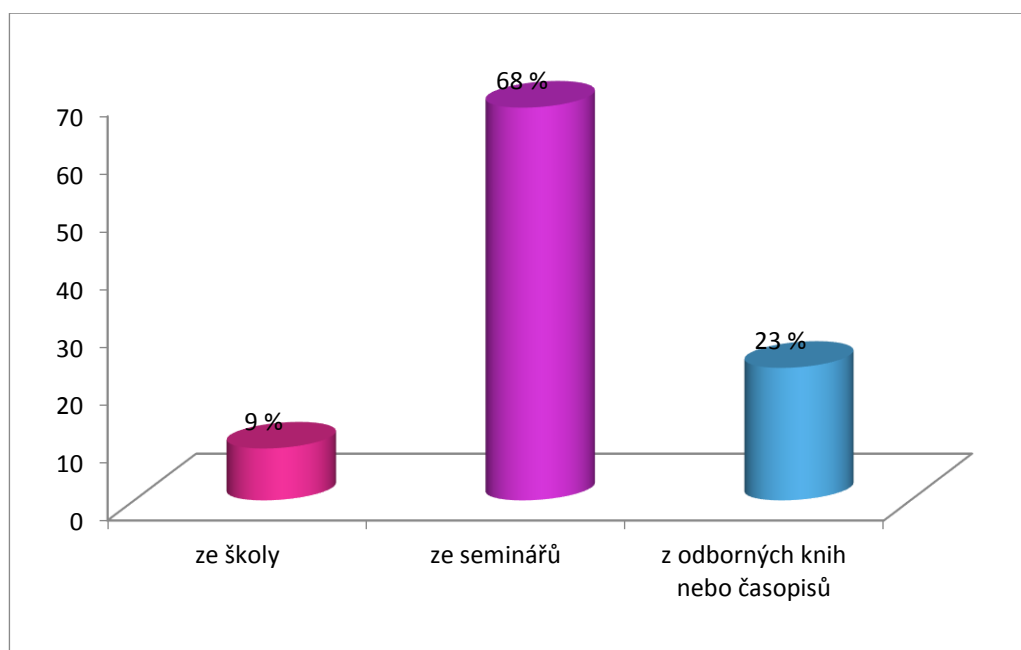
Nejvíce z dotazovaných uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání s maturitou v počtu 74 %, následovalo pomaturitní specializační studium

(ARIP) ve 12 %, dále pak vyšší odborné vzdělání (9 %), vysokoškolské vzdělání uvedlo 5 % respondentů.

3.3.3 Analýza dotazníkové položky č. 3

Tab. 3 Získávání nových informací k tématu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ze školy	9	9,0 %
ze seminářů	68	68,0 %
z odborných knih nebo časopisů	23	23,0 %
Σ	100	100,0 %



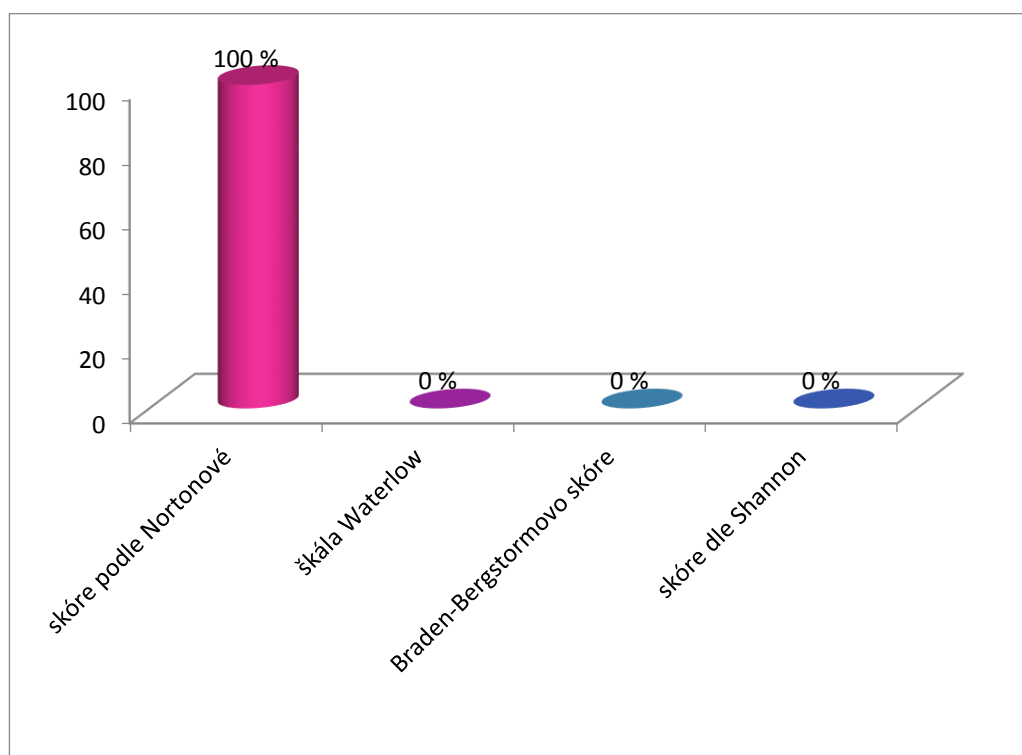
Graf 3 Získávání nových informací k tématu

Na otázku, kde nejčastěji sestry získávají nové informace k danému tématu, odpověděli respondenti v 68 % ze seminářů, dále pak z odborných knih a časopisů (23 %) a nejméně ze školy (9 %).

3.3.4 Analýza dotazníkové položky č. 4

Tab. 4 Škála rizika vzniku dekubitů používaná v dlouhodobé péči

	Absolutní četnost	Relativní četnost
skóre podle Nortonové	100	100,0 %
škála Waterlow	0	0,0 %
Braden-Bergstormovo skóre	0	0,0 %
skóre dle Shannon	0	0,0 %
Σ	100	100,0 %



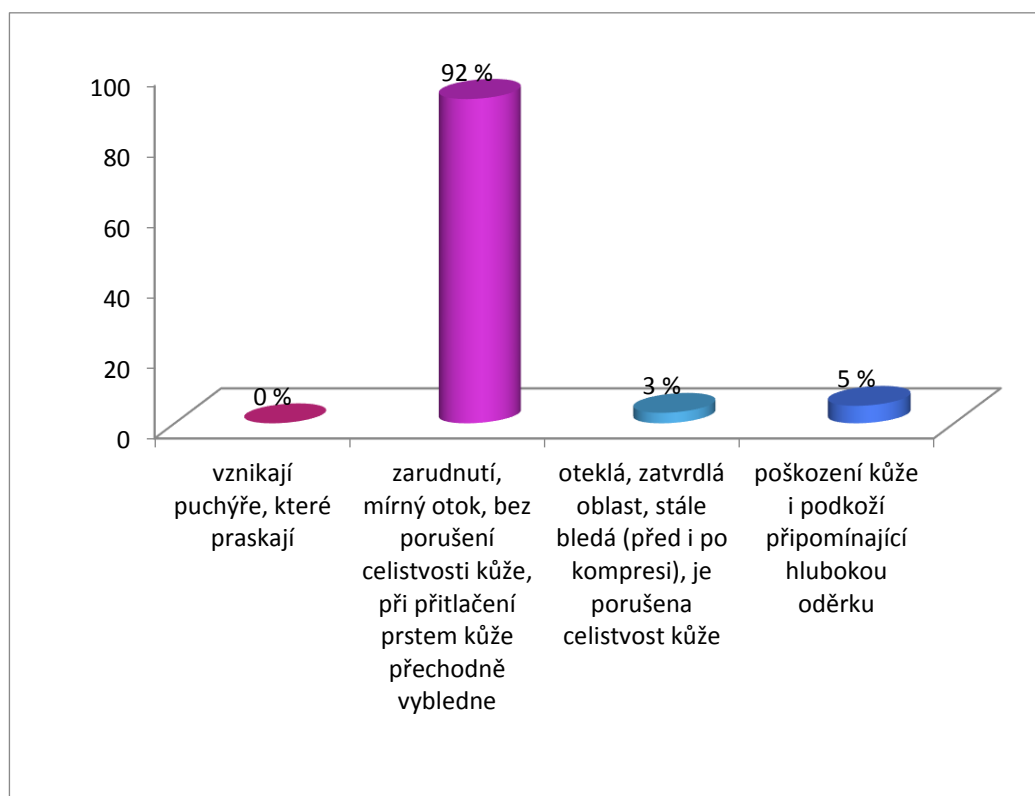
Graf 4 Škála rizika vzniku dekubitů používaná v dlouhodobé péči

V otázce, která škála ke zjištění rizika vzniku dekubitů se používá v dlouhodobé péči, odpověděli všichni respondenti (100 %) správně, a to skóre podle Nortonové.

3.3.5 Analýza dotazníkové položky č. 5

Tab. 5 Znamky dekubitu 1. stupně

	Absolutní četnost	Relativní četnost
vznikají puchýře, které praskají	0	0,0 %
zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení prstem kůže přechodně vybledne	92	92,0 %
oteklá, zatvrdlá oblast, stále bledá (před i po kompresi), je porušena celistvost kůže	3	3,0 %
poškození kůže i podkoží připomínající hlubokou oděrku	5	5,0 %
Σ	100	100,0 %



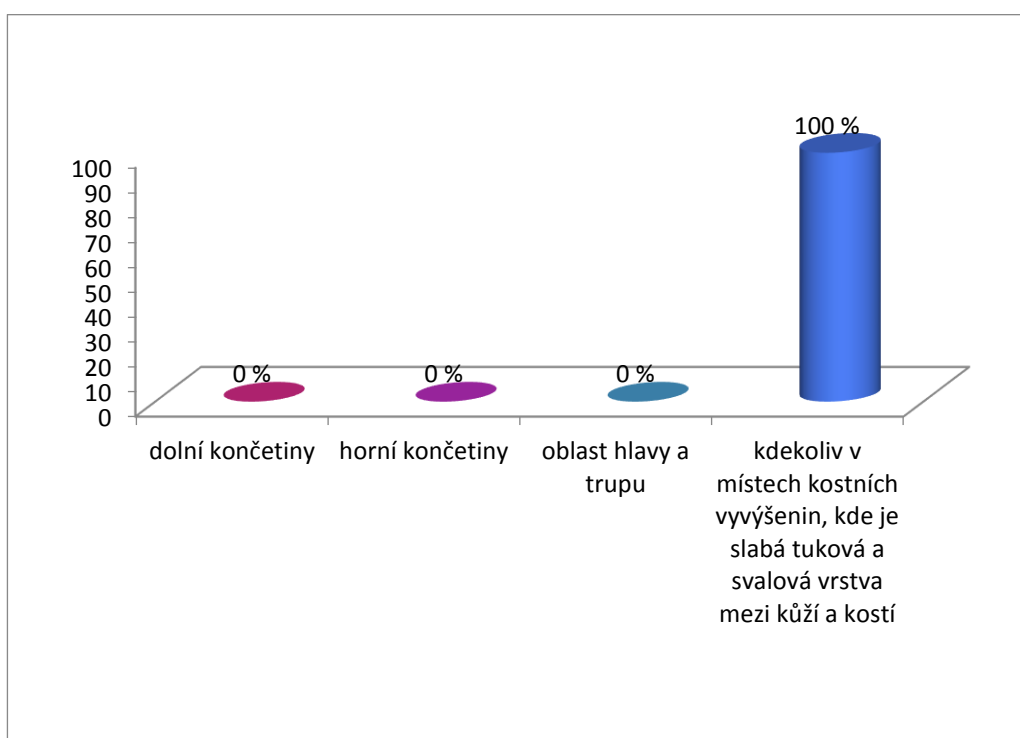
Graf 5 Znamky dekubitu 1. stupně

Na otázku, jak poznáte dekubit 1.stupně správně odpovědělo 92 % dotazovaných, a to zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení prstem kůže přechodně vybledne. 5 % dotazovaných uvedlo nesprávně poškození kůže i podkoží připomínající hlubokou oděrku, 3 % nesprávně uvedlo odpověď oteklá, zatvrdlá oblast, stále bledá (před i po kompresi), je porušena celistvost kůže.

3.3.6 Analýza dotazníkové položky č. 6

Tab. 6 Nejčastější místo vzniku dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
dolní končetiny	0	0,0 %
horní končetiny	0	0,0 %
oblast hlavy a trupu	0	0,0 %
kdekoliv v místech kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí	100	100,0 %
Σ	100	100,0 %



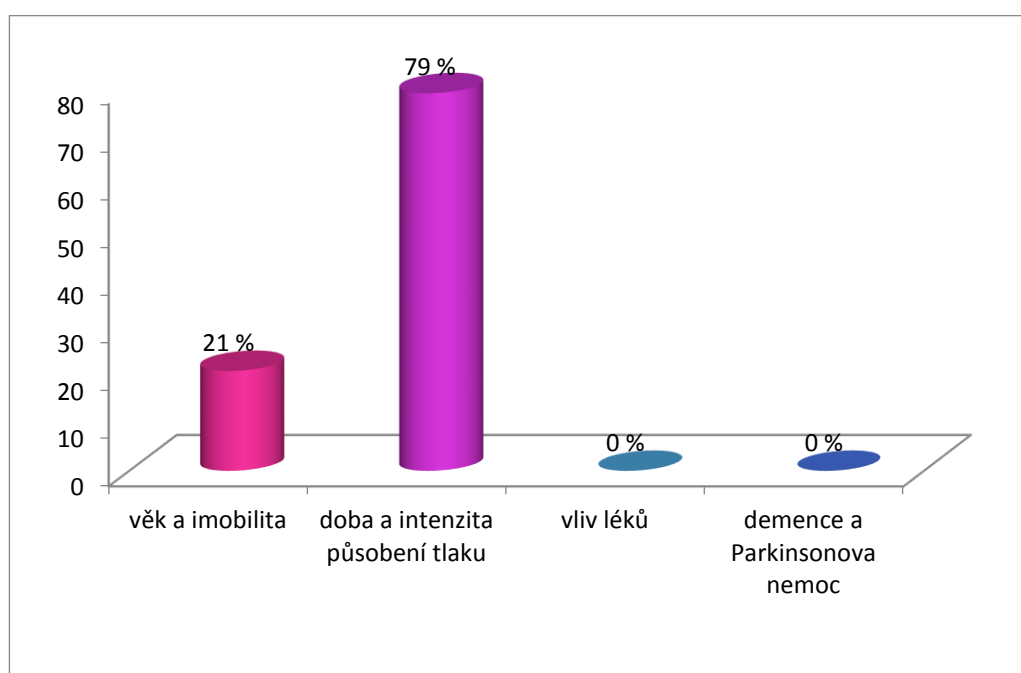
Graf 6 Nejčastější místo vzniku dekubitů

Na otázku, kde nejčastěji vznikají dekubity, odpověděli všichni respondenti (100 %) správně, a to kdekoliv v místech kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí. Ostatní varianty neoznačil žádný respondent.

3.3.7 Analýza dotazníkové položky č. 7

Tab. 7 Místní rizikový faktor považovaný za významný pro vznik dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
věk a imobilita	21	21,0 %
doba a intenzita působení tlaku	79	79,0 %
vliv léků	0	0,0 %
demence a Parkinsonova nemoc	0	0,0 %
Σ	100	100,0 %



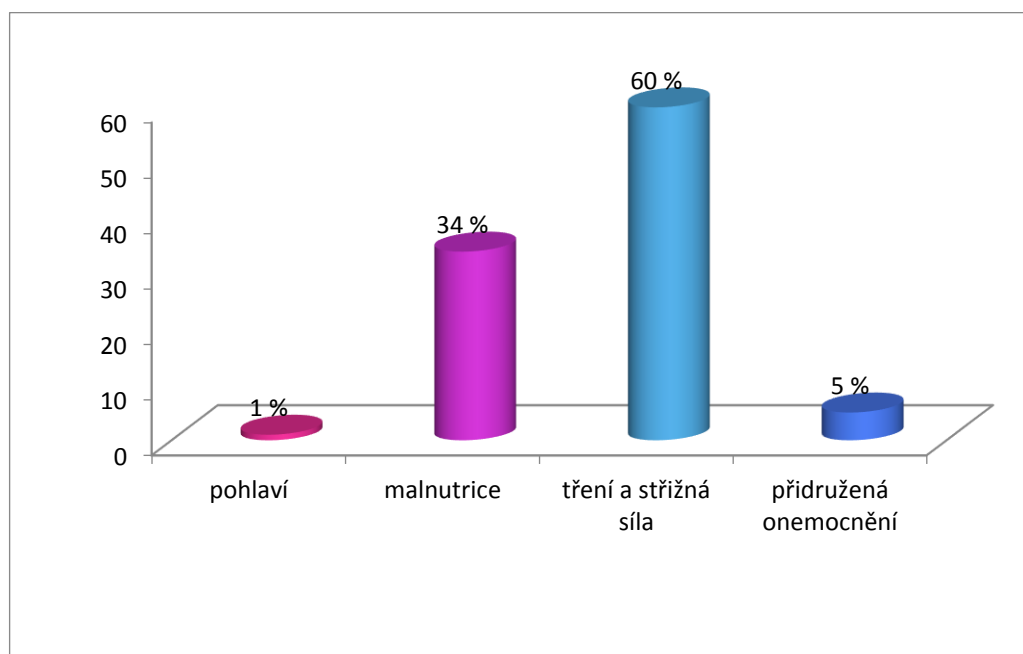
Graf 7 Místní rizikový faktor považovaný za významný pro vznik dekubitů

V otázce který místní rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů označilo správnou odpověď doba a intenzita působení tlaku 79 % respondentů. Zbýlých 21 % zvolilo nesprávnou odpověď věk a imobilita. Odpovědi vliv léků a demence a Parkinsonova nemoc nezvolil žádný respondent

3.3.8 Analýza dotazníkové položky č. 8

Tab. 8 Další místní rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
pohlaví	1	1,0 %
malnutrice	34	34,0 %
tření a střížná síla	60	60,0 %
přidružená onemocnění	5	5,0 %
Σ	100	100,0 %



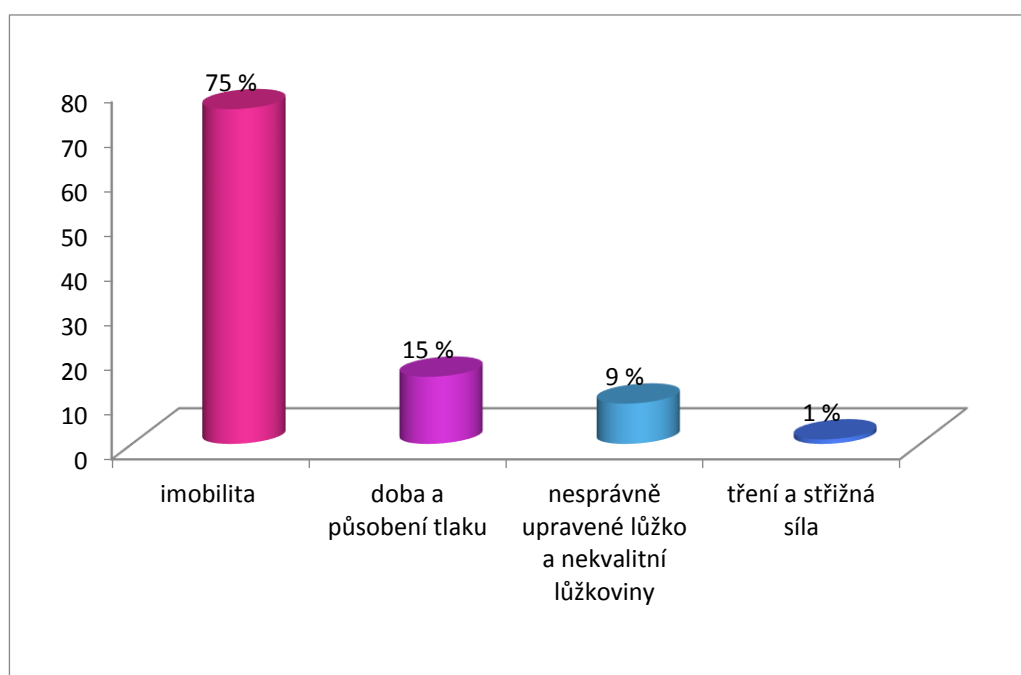
Graf 8 Další místní rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

Na otázku zaměřující se na další místní rizikový faktor odpověděli respondenti v 60 % správně tření a střížná síla, ve 34 % zvolili nesprávnou odpověď malnutrice. Další nesprávnou odpověď přidružená onemocnění vybralo 5 % respondentů a 1 % respondentů zvolilo jako místní rizikový faktor pohlaví.

3.3.9 Analýza dotazníkové položky č. 9

Tab. 9 Celkový rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
imobilita	75	75,0 %
doba a působení tlaku	15	15,0 %
nesprávně upravené lůžko a nekvalitní lůžkoviny	9	9,0 %
tření a střížná síla	1	1,0 %
Σ	100	100,0 %



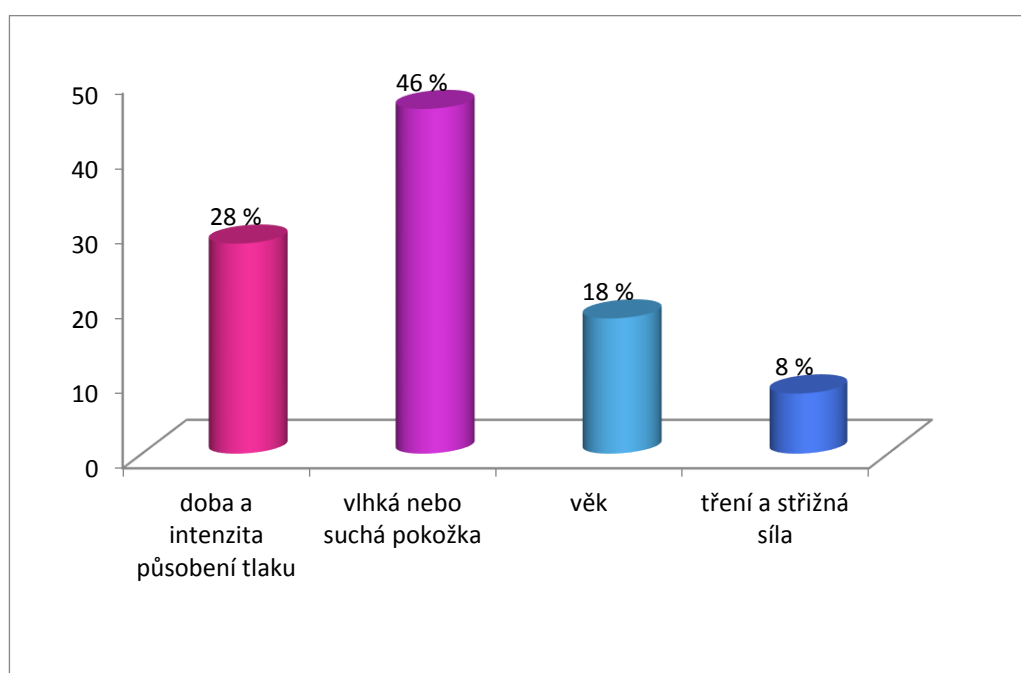
Graf 9 Celkový rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

Na otázku který celkový rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů odpovědělo 75 % respondentů imobilita, nesprávné odpovědi uvedlo 15 % respondentů, a to doba a působení tlaku, 9 % dotazovaných zvolilo nesprávně upravené lůžko a nekvalitní lůžkoviny a 1 % tření a střížná síla.

3.3.10 Analýza dotazníkové položky č. 10

Tab. 10 Další celkový rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
doba a intenzita působení tlaku	28	28,0 %
vlhká nebo suchá pokožka	46	46,0 %
věk	18	18,0 %
tření a střížná síla	8	8,0 %
Σ	100	100,0 %



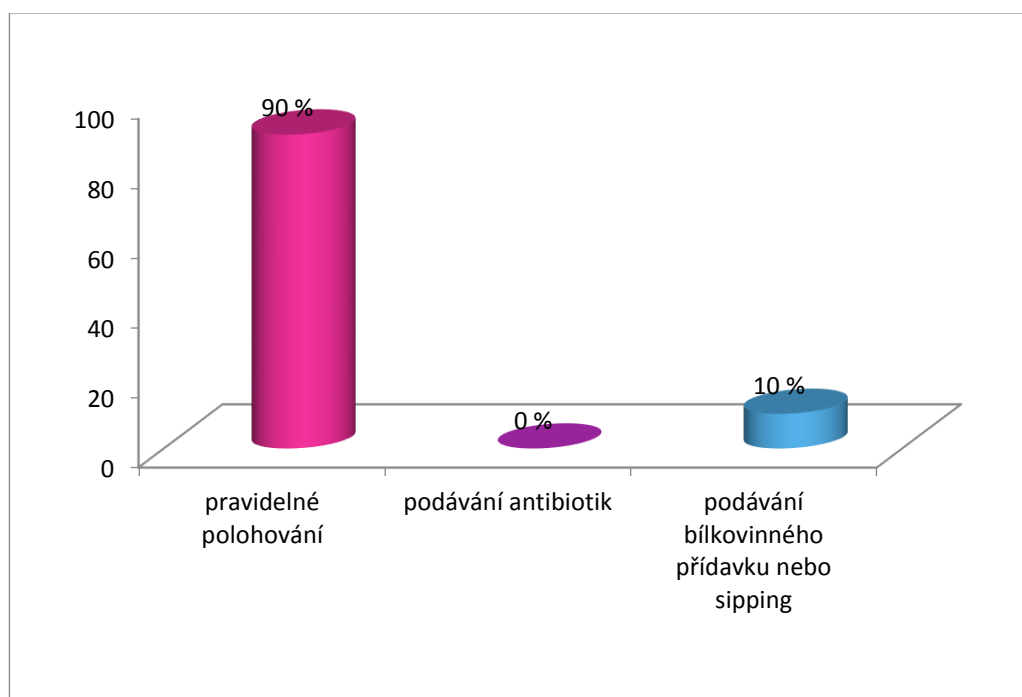
Graf 10 Další celkový rizikový faktor významný pro vznik dekubitů

Na otázku zjišťující další celkový rizikový faktor odpovědělo správně 18 % respondentů, a to věk, ostatní odpovědi byly nesprávné, 28 % nesprávně uvedlo dobu a intenzitu působení tlaku, 46 % vlhká nebo suchá pokožka a 8 % tření a střížná síla.

3.3.11 Analýza dotazníkové položky č. 11

Tab. 11 Preventivní opatření významné v prevenci vzniku dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelné polohování	90	90,0 %
podávání antibiotik	0	0,0 %
podávání bílkovinného přídatku nebo sipping	10	10,0 %
Σ	100	100,0 %



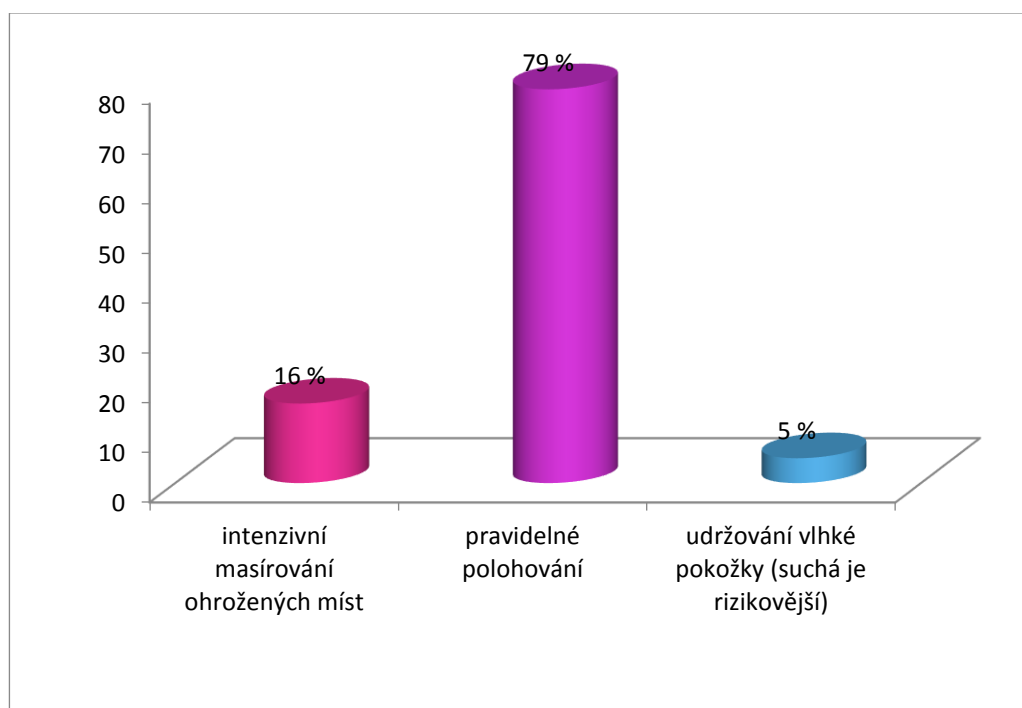
Graf 11 Preventivní opatření významné před vznikem dekubitů

V této otázce, dotazující se na preventivní opatření, které je považováno za významné v prevenci vzniku dekubitů, zvolilo 90 % respondentů správnou odpověď polohování, 10 % uvedlo nesprávně odpověď podávání bílkovinného přídatku nebo sipping.

3.3.12 Analýza dotazníkové položky č. 12

Tab. 12 Ošetřovatelský postup významný v prevenci před vznikem dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
intenzivní masírování ohrožených míst	16	16,0 %
pravidelné polohování	79	79,0 %
udržování vlhké pokožky (suchá je rizikovější)	5	5,0 %
Σ	100	100,0 %



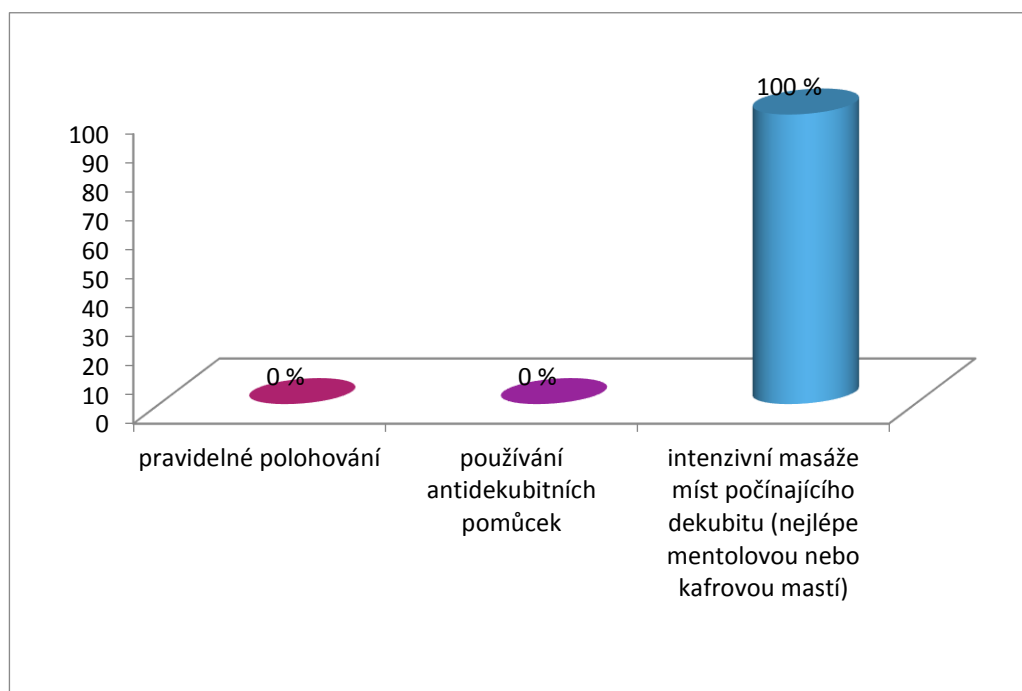
Graf 12 Ošetřovatelský postup významný v prevenci před vznikem dekubitů

Na otázku, který ošetřovatelský postup je významný v prevenci dekubitů, uvedlo 79 % respondentů pravidelné polohování, nesprávné varianty zvolilo 16 % respondentů s odpovědí intenzivní masírování ohrožených míst, 5 % dotazovaných pak odpovědělo udržování vlhké pokožky (suchá je rizikovější).

3.3.13 Analýza dotazníkové položky č. 13

Tab. 13 Nesprávný ošetrovatelský postup

	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelné polohování	0	0,0 %
používání antidekubitních pomůcek	0	0,0 %
intenzivní masáže míst počínajícího dekubitu (nejlépe mentolovou nebo kafrovou mastí)	100	100,0 %
Σ	100	100,0 %



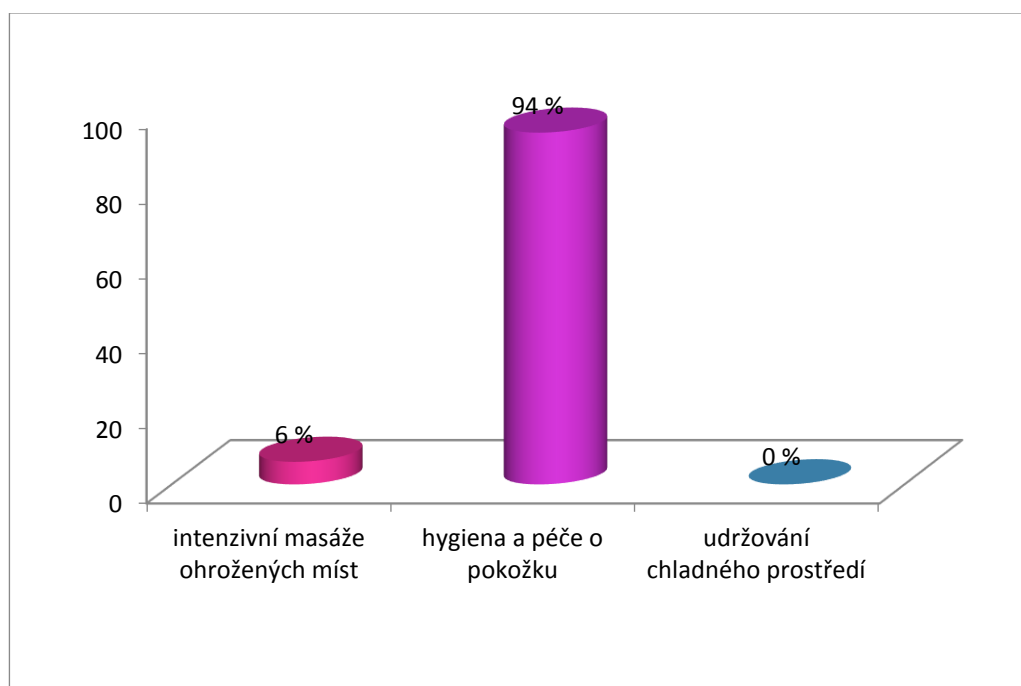
Graf 13 Nesprávný ošetrovatelský postup

V otázce dotazující se na nesprávný ošetrovatelský postup odpověděli všichni respondenti správně (100 %), a to intenzivní masáže míst počínajícího dekubitu (nejlépe mentolovou nebo kafrovou mastí).

3.3.14 Analýza dotazníkové položky č. 14

Tab. 14 Další ošetrovatelský postup významný v prevenci vzniku dekubitů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
intenzivní masáže ohrožených míst	6	6,0 %
hygiena a péče o pokožku	94	94,0 %
udržování chladného prostředí	0	0,0 %
Σ	100	100,0 %



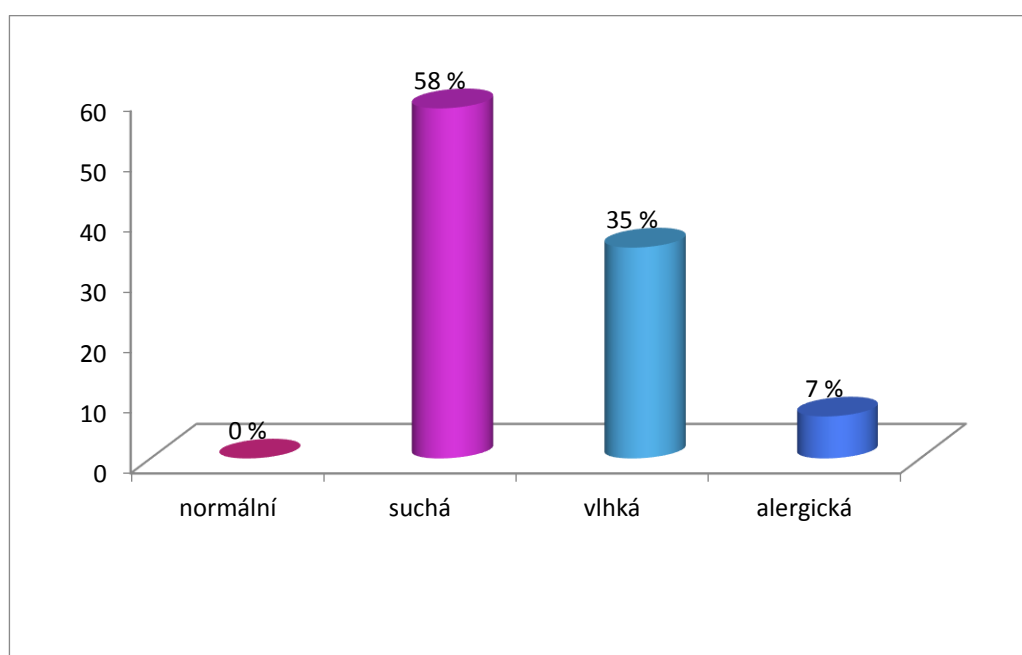
Graf 14 Další ošetrovatelský postup významný v prevenci před vznikem dekubitů

Otázku, který další ošetrovatelský postup je významný v prevenci vzniku dekubitů, odpovědělo správně 94 % respondentů, a to hygiena a péče o pokožku, zbylých 6 % respondentů uvedlo intenzivní masáže ohrožených míst.

3.3.15 Analýza dotazníkové položky č. 15

Tab. 15 Nejrizikovější typ pokožky pro vznik dekubitů - podle Nortonové

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Normální	0	0,0 %
Suchá	58	58,0 %
Vlhká	35	35,0 %
Alergická	7	7,0 %
Σ	100	100,0 %



Graf 15 Nejrizikovější typ pokožky pro vznik dekubitů – podle Nortonové

Na otázku, který typ pokožky je nejvíce rizikový pro vznik dekubitů – podle Nortonové, zvolilo správnou odpověď 58 % respondentů, a to suchá, vlhkou pokožku zvolilo 35 % respondentů a 7 % dotazovaných odpovědělo alergická.

3.4 Analýza výzkumných cílů a předpokladů

Analýza výzkumných cílů a předpokladů byla provedena na základě dat získaných dotazníkovým šetřením. Výzkumné předpoklady byly porovnány pomocí popisné statistiky v programu Microsoft Office 2016 Excel.

Výzkumný cíl č. 1: Zmapovat znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů u imobilních geriatrických pacientů ve věku od 75 do 84 let.

Předpoklad č. 1a: Předpokládáme, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku. K analýze byly využity otázky č. 7 a 8.

Tab. 16 Analýza výzkumného předpokladu č. 1a

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 7	79,0 %	21,0 %	100,0 %
Otázka č. 8	60,0 %	40,0 %	100,0 %
Průměr	69,5 %	30,5 %	100,0 %

Závěr analýzy: Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že 69,5 % všeobecných sester určilo jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku. Výsledek výzkumného šetření není v souladu s výzkumným předpokladem.

Předpoklad č. 1b: Předpokládáme, že 60 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů imobilitu pacienta. K analýze byly využity otázky č. 9 a 10.

Tab. 17 Analýza výzkumného předpokladu č. 1b

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 9	75,0 %	25,0 %	100,0 %
Otázka č. 10	18,0 %	82,0 %	100,0 %
Průměr	46,5 %	53,5 %	100,0 %

Závěr analýzy: Z analýzy výzkumného předpokladu č. 1b bylo zjištěno, že 46,5 % všeobecných sester určilo imobilitu pacienta jako rizikový faktor vzniku dekubitů. Výsledek výzkumného šetření není v souladu s výzkumným předpokladem.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci vzniku dekubitů u geriatrických pacientů.

Předpoklad č. 2a: Předpokládáme, že 95 % a více respondentů uvede jako prevenci vzniku dekubitů polohování. K analýze byly použity otázky č. 11, 12, 13.

Tab. 18 Analýza výzkumného předpokladu č. 2a

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 11	90,0 %	10,0 %	100,0 %
Otázka č. 12	79,0 %	21,0 %	100,0 %
Otázka č. 13	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Průměr	89,7 %	10,3 %	100,0 %

Závěr analýzy: Analýza výzkumného předpokladu č. 2a ukázala, že 89,7 % všeobecných sester uvedlo jako prevenci před vznikem dekubitů polohování. Výsledek výzkumného šetření není v souladu s výzkumným předpokladem.

Předpoklad č. 2b: Předpokládáme, že 85 % a více respondentů uvede jako prevenci vzniku dekubitů hygienu a péči o pokožku. K analýze byly použity otázky č. 14, 15.

Tab. 19 Analýza výzkumného předpokladu č. 2b

	Splněná kritéria	Nesplněná kritéria	Celkem
Otázka č. 14	94,0 %	6,0 %	100,0 %
Otázka č. 15	58,0 %	42,0 %	100,0 %
Průměr	76,0 %	24,0 %	100,0 %

Závěr analýzy: 76 % všeobecných sester uvedlo jako prevenci vzniku dekubitů hygienu a péči o pokožku. Výsledek výzkumného šetření není v souladu s výzkumným předpokladem.

4 Diskuse

Bakalářská práce je zaměřena na rizikové faktory vzniku dekubitů u geriatrických pacientů. Cílem práce bylo zmapovat základní znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů a znalosti o preventivních opatřeních před jejich vznikem. Dekubity zůstávají stále vážný problém i přes veškerý pokrok v medicíně. Pro sestry představují mnohem větší pracovní zátěž a fyzickou námahu, pacientům způsobují utrpení a mohou ohrožovat jejich životy (Ondřiová a Fertaľová, 2013). Z tohoto důvodu je velmi důležité znát a cíleně vyhledávat rizikové faktory vzniku dekubitů a následně umět zvolit nejvhodnější způsoby prevence. Dle Csiska (2014) dekubity znamenají především ošetrovatelský problém s vysokou prioritou a prevenci považuje za nejúčinnější metodu před jejich vznikem, navíc jsou komplikací pro pacienta, prodlužují hospitalizaci, snižují kvalitu života a zvyšují náklady na léčbu.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, všeobecných sester pracujících na lůžkových odděleních a ošetrujících geriatrické pacienty. První tři otázky byly identifikační. Otázka č.1 zjišťovala délku praxe ve zdravotnictví. Nejvíce dotazovaných (62 %) uvedlo, že ve zdravotnictví pracuje 11 a více let, druhá nejpočetnější skupina (25 %) uvedla délku praxe 6 - 10 let, nejméně (13 %) uvedlo délku praxe 0 - 5 let. V otázce č. 2 jsme se dotazovali na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou (74 %), následovalo pomaturitní specializační studium (ARIP) s 12 %, dále pak vyšší odborné vzdělání (DiS.) v 9 %. Nejméně respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání (5 %). U dotazníkové položky č. 3 jsme zjišťovali, kde všeobecné sestry nejčastěji získávají nové informace k problematice dekubitů. Nejpočetnější skupina respondentů (68 %) uvedla variantu ze seminářů, 23 % dotazovaných odpovědělo z odborných knih a časopisů. Ze školy čerpá nové informace pouze 9 % respondentů. Z těchto získaných dat vyplývá, že všeobecné sestry s nejdelší praxí ve zdravotnictví (11 a více let) mají středoškolské vzdělání s maturitou a nové informace k danému tématu získávají z odborných seminářů. Toto je velmi pozitivní zjištění. Účast na seminářích by měla být součástí celoživotního vzdělávání všeobecné sestry a měla by sloužit k předávání novinek a odborných informací v oboru a výměně zkušeností z praxe.

V dalších dotazníkových položkách (otázky č. 4, 5, 6) jsme se zaměřili na základní znalosti v problematice dekubitů. V dotazu na škálu rizika vzniku dekubitů, která se

používá v dlouhodobé péči (viz. otázka č. 4) zvolili všichni respondenti (100 %) odpověď skóre podle Nortonové. Dle Csiska (2014) je tato škála nejpoužívanější v dlouhodobé péči, škála Waterlow se nejčastěji používá v chirurgických oborech a Braden-Bergstormovo skóre v intenzivní péči. Ze získaného výsledku šetření vyplývá, že sestry škálu rizika vzniku dekubitů podle Nortonové znají a používají v praxi. V dotazníkové položce č. 5 jsme zjišťovali, zda všeobecné sestry umí vyhodnotit dekubit 1. stupně. Mikula a Müllerová (2008) uvádí, že pro praxi je velmi důležité dobře znát klasifikaci dekubitů. Ze získaných odpovědí jsme zjistili, že správnou definici dekubitu 1. stupně správně určilo 92 % respondentů, a to zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení prstem kůže přechodně vybledne. 5 % odpovídajících nesprávně uvedlo variantu odpovědi poškození kůže i podkoží připomínající hlubokou oděrku, 3 % respondentů nesprávně uvedla odpověď oteklá, zatvrdlá oblast stále bledá (před i po kompresi), je porušena celistvost kůže. Žádný z dotazovaných (0 %) nezvolil odpověď vznikají puchýře, které praskají. V otázce č. 6 jsme zjišťovali, jaké místo vzniku dekubitů určí respondenti jako nejčastější. Zde všichni respondenti (100 %) správně uvedli odpověď, že nejčastější místo vzniku dekubitů je kdekoli v oblasti kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí. Tento výsledek se shoduje s odbornou literaturou. Podle Ondriové a Fertaľové (2013) se dekubity mohou vyskytnout na kterémkoliv místě na těle, ale největší riziko vzniká v oblastech predilekčních míst, tj. v oblastech kostních výstupků, kde je slabá podkožní vrstva měkké tkáně.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů a znalosti o prevenci před jejich vznikem. V prvním výzkumném cíli jsme se zaměřili na rizikové faktory vzniku dekubitů. Cíl jsme rozdělili na dva dílčí předpoklady podle dělení rizikových faktorů na místní (výzkumný předpoklad 1a) a celkové (výzkumný předpoklad 1b). K tomuto cíli byly stanoveny tedy dva předpoklady, a to předpokládáme, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku (výzkumný předpoklad 1a) a předpokládáme, že 60 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů imobilitu pacienta (výzkumný předpoklad 1b). První část se tedy týkala místních rizikových faktorů a byly k ní stanoveny otázky č. 7, 8. V dotazníkové položce č. 7 jsme zjišťovali, který místní rizikový faktor považují respondenti za významný pro vznik dekubitů. Správnou odpověď označilo 79 % dotazovaných, a to doba a intenzita

působení tlaku. Zbylých 21 % respondentů nesprávně uvedlo odpověď věk a imobilita. Tento rizikový faktor se řadí mezi celkové rizikové faktory. Další nesprávné odpovědi jako vliv léků a demence a Parkinsonova nemoc neuvedl žádný respondent. Podle Šeflové, Stejskalové a Daniše (2016) se na vzniku dekubitů podílí celá řada faktorů, ale nejvýznamnější jsou tlak, třecí a smykové síly a závažnost zdravotního stavu. Mikula a Müllerová (2008) ve své publikaci uvádějí celou řadu definic dekubitu a ve všech je jako hlavní rizikový faktor tlak a následují třecí síly. Na třecí síly jsme se zaměřili v dotazníkové položce č. 8 otázkou který další místní rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů. V 60 % respondenti správně odpověděli tření a střížná síla, 34 % zvolilo nesprávnou odpověď malnutrice. Další nesprávnou odpověď přidružená onemocnění určilo 5 % respondentů a 1 % nesprávně zvolilo odpověď pohlaví. Ve druhé části jsme se zaměřili na celkové rizikové faktory (viz. otázky č. 9, 10). Poledníková (2013) říká, že až 70 % osob, u kterých vzniknou dekubity, mají omezenou pohyblivost nebo jsou zcela nepohybliví a bývají starší více než 70 let. Zde v 75 % respondenti správně uvedli jako celkový rizikový faktor vzniku dekubitů imobilitu (otázka č. 9). V další otázce jsme zjišťovali, který další celkový rizikový faktor považují respondenti za významný. Podle Ondriové a Fertařové (2013) se dekubity objevují ve všech oborech medicíny, ale staří lidé tvoří speciální skupinu, protože jsou velmi často postiženi pokročilou generalizovanou aterosklerózou, stařeckou demencí a dalšími chorobami vyskytujícími se ve stáří. Zde dotazovaní z nabídnutých možností zvolili věk pouze v 18 %, zbylých 82 % respondentů uvedlo místní rizikové faktory (46 % odpovědělo vlhká nebo suchá pokožka, 28 % zvolilo tření a střížnou sílu). Toto je pravděpodobně způsobeno tím, že všeobecné sestry v praxi nerozlišují rizikové faktory na místní a celkové. 62 % respondentů je v praxi 11 a více let a znalost rozdělení rizikových faktorů na místní a celkové pro jejich práci není nejvýznamnější. V odborné literatuře nalezneme dělení rizikových faktorů na místní a celkové nebo vnitřní a vnější. Informace k danému tématu z literatury čerpá pouze 23 % respondentů. Nejvíce informací poskytují všeobecným sestrám semináře (68 %) a nejméně čerpají ze školy (9 %).

Ve druhé části výzkumného šetření jsme se zaměřili na preventivní opatření před vznikem dekubitů. Dle Csiska (2014) je prevence několikanásobně přínosnější nežli léčba již vzniklého dekubitu. Mikula a Müllerová (2008) uvádí, že příčiny vzniku dekubitů jsou dobře známé, proto známe i způsoby, jak jim předcházet. K tomuto cíli

byly stanoveny dva předpoklady, a to předpokládáme, že 95 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření před vznikem dekubitů polohování (výzkumný předpoklad 2a) a předpokládáme, že 85 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření před vznikem dekubitů hygienu a péči o pokožku (výzkumný předpoklad 2b). V první části druhého výzkumného předpokladu (2a) jsme použili otázky č. 11, 12 a 13. V otázce č. 11 jsme se dotazovali na preventivní opatření, které je považováno za významné v prevenci před vznikem dekubitů. Z nabídnutých možností respondenti správně uvedli polohování jako nejvýznamnější (90 %). Podle Šeflové, Stejskalové a Daniše (2016) je polohování pacienta v pravidelných intervalech základní podmínkou v prevenci vzniku proleženin. Pouze 10 % dotazovaných zvolilo podávání bílkovinného přídatku nebo sipping. Toto preventivní opatření není bezvýznamné, ale polohování je jako prevence považováno za nejvýznamnější. Podle Sobotky (2015) musí být nutriční podpora součástí komplexního přístupu k pacientovi, jinak je její efekt sporný. To se potvrdilo i u další dotazníkové položky, kde jsme zjišťovali, který ošetrovatelský postup je z pohledu sestry významný v prevenci vzniku dekubitů (viz. otázka č. 12). Správnou odpověď, a to pravidelné polohování zvolilo 79 % respondentů. 16 % dotazovaných nesprávně odpovědělo intenzivní masírování ohrožených míst a 5 % respondentů nesprávně uvedlo udržování vlhké pokožky (suchá je rizikovější). Podle Šeflové, Stejskalové a Daniše (2016) se masáže rizikových partií nedoporučují. Koutná a Jansová (2016) uvádí, že vlhká nebo mokrá pokožka po hygieně je citlivější k poškození a vzniku macerace a pokud po umytí zůstává vlhká, následná manipulace s pacientem v lůžku zvyšuje působení střížných sil. V dotazníkové položce č. 13 jsme se zaměřili na nesprávný ošetrovatelský postup. Tato otázka spíše chtěla upozornit na hrubou chybu, která se dříve v praxi vyskytovala. Mikula a Müllerová (2008) uvádějí, že stávající dekubity se v žádném případě nemají masírovat, protože tento postup může napomáhat rozšiřovat infekci tkání do okolí. Podle Šeflové, Stejskalové a Daniše (2016) se u rizikových pacientů nedoporučuje používat mentolové a kafrové přípravky z důvodu dráždivých účinků na kůži, které pak způsobují překrvení v horních vrstvách kůže. Csisko (2014) uvádí, že by se neměly masírovat části těla se slabou tukovou a svalovou vrstvou, protože hrozí nebezpečí poškození hlubokých tkání. Zde všichni respondenti (100 %) odpověděli správně, a to intenzivní masáže míst počínajícího dekubitu (mentolovou nebo kafrovou masť). Ve druhé části tohoto výzkumného šetření (2 b) jsme se zaměřili na preventivní opatření týkající se hygieny

a péče o pokožku. Ta je považována za základ v péči o pacienta a předchází vzniku nežádoucích komplikací i vzniku dekubitů, především pokud se jedná o inkontinentního pacienta a popř. k tomu navíc imobilního. Koutná a Jansová (2016) uvádí, že hygiena a péče o pokožku je v prevenci vzniku dekubitů i přes veškerý pokrok ve vybavení lůžkových oddělení (např. kvalitní matrace, antidekubitní pomůcky apod.) základní intervence. V dotazníkové položce č. 14 jsme se dotazovali na další ošetrovatelský postup, který je významný v prevenci vzniku dekubitů. Zde respondenti v 94 % správně odpověděli, že hygienu a péči o pokožku považují za další významný preventivní ošetrovatelský postup. Zbylých 6 % respondentů nesprávně uvedlo odpověď intenzivní masáže ohrožených míst. Nesprávnou odpověď, a to udržování chladného prostředí, nezvolil žádný z respondentů. V poslední dotazníkové položce (otázka č. 15) jsme zjišťovali, který typ pokožky je nejvíce rizikový pro vznik dekubitů. Vycházeli jsme ze škály podle Nortonové, která pomocí bodového ohodnocení jednotlivých otázek v testu a následně součtu bodů udává míru rizika vzniku dekubitů. Podle Nortonové je suchá pokožka hodnocena jako nejrizikovější s nejnižším počtem bodů. Vlhká pokožka je hodnocena jako druhá nejrizikovější. Respondenti v 58 % správně uvedli suchou pokožku jako nejvíce rizikovou, 35 % dotazovaných zvolilo vlhkou pokožku a 7 % alergickou. Skóre podle Nortonové hodnotí pacienta v devíti oblastech, a to fyzická kondice, duševní stav, aktivita, mobilita, inkontinence, motivace a ochota ke spolupráci, věk, stav kůže a přidružená onemocnění. Pacient je bodově ohodnocen v každé z výše vyjmenovaných oblastí a pokud je součet bodů 25 nebo nižší, nastává u něho riziko vzniku dekubitů. Nejvyšší riziko vzniká při součtu bodů 13 a méně (Mikula a Müllerová, 2008). Csisko (2014) uvádí, že průběžné vyhodnocování a přehodnocování v pravidelných intervalech je základ prevence vzniku proleženin.

5 Návrh a doporučení pro praxi

Ze závěrů bakalářské práce vyplývá, že všeobecné sestry mají znalosti týkající se tématu na vysoké úrovni. Znalí rizikové faktory i preventivní intervence zamezující vznik dekubitů. Rozpoznají dekubit 1. stupně, ví, že se může vytvořit na kterémkoliv místě na těle. Rozdělení rizikových faktorů na místní a celkové činí sestrám problém, ale v samotné praxi u lůžka není důležité, aby znaly přesné rozdělení rizikových faktorů. Důležité je poskytnout odpovídající prevenci, popř. rozpoznat problém a umět správně zareagovat a to všechno s ohledem na individuální zdravotní stav každého pacienta. Přestože sestry mají odpovídající znalosti, pacienti jsou po léčebné stránce zajištěni, dekubity stále vznikají. Myslím si, že důvodem může být nedostatek ošetřujícího personálu na počet pacientů na odděleních následných péčí a v centrech doléčování a rehabilitace. Z praxe vím, že je snaha o individuální přístup k pacientovi, ale často není v možnostech a silách ošetřujícího personálu pokrýt všechny individuální potřeby všech pacientů.

Vzhledem ke stále přetrvávajícímu problému dekubitů lze doporučit si toto téma připomínat jak ve formě seminářů, kde se objevují nové informace v prevenci a léčbě, tak formou odborných článků, aby všeobecné sestry byly informovány o nových poznatcích a uměly je využít a použít v praxi. Také by bylo vhodné a určitě i zajímavé seznámit odbornou veřejnost s výsledky našeho výzkumného šetření. Proto byl jako výstup z bakalářské práce vytvořen článek k publikaci.

6 Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na stále přetrvávající problém vyskytující se v dlouhodobé péči u geriatrických imobilních pacientů. Tento problém se nazývá dekubity. V bakalářské práci je charakterizován geriatrický pacient a problémy spojené se stářím a imobilitou. Stručně jsou popsány tabulky hodnotící úroveň soběstačnosti, které jsou součástí geriatrického zhodnocení a úzce souvisí s rizikem vzniku dekubitů. Škály pro zhodnocení míry rizika vzniku dekubitů jsou uvedeny a popsány v jedné z kapitol. V další části jsou definovány dekubity a jejich klasifikace a vyjmenovány hlavní rizikové faktory. Poslední část bakalářské práce se věnuje základním preventivním opatřením v rámci ošetrovatelské péče, a to polohování, používání antidekubitních pomůcek, hygieně a péči o pokožku a výživě a hydrataci.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní metodou výzkumu formou strukturovaného dotazníku. Průzkum proběhl u všeobecných sester v Nemocnici Tanvald s.r.o., Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., a Krajské nemocnici Liberec a.s. Byly zvoleny tři cíle bakalářské práce, z nichž dva cíle byly dále rozděleny každý na dvě části. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů u imobilních geriatrických pacientů. První část tohoto cíle (1a) byla zaměřena na místní rizikový faktor, a to dobu působení tlaku. Cíl byl splněn, ale výzkumný předpoklad 1a nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Druhá část prvního předpokladu (1b) se týkala celkových rizikových faktorů vzniku dekubitů, a to imobilitě pacienta. Cíl byl splněn, ale výzkumný předpoklad 1b nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Druhým cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester o prevenci vzniku dekubitů u geriatrických pacientů. První část druhého výzkumného cíle (2a) byla zaměřena na polohování jako preventivní opatření v rámci ošetrovatelské péče. Cíl byl splněn, ale výzkumný předpoklad 2a nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Druhá část (2b) se zabývala hygienou a péčí o pokožku jako dalším preventivním opatřením. Cíl byl splněn, ale výzkumný předpoklad 2b nebyl v souladu s výsledky výzkumného šetření. Třetím cílem bylo vypracovat článek k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických pacientů. Cíl byl splněn, viz Příloha F.

7 Seznam použité literatury:

- CSISKO, Matej. 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. **24**(4), s. 30-31. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
- ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- DUPALOVÁ, Dagmar. 2012. Péče o pacienta s poruchou hybnosti v domácím prostředí – rehabilitační aspekty. *Medicína pro praxi*. **9**(10), s. 406-409. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>
- GROCHALOVÁ, Marcela. 2015. Výživa nemocných s dekubity. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. **2015**(9), s. 24-26. ISSN 2336-2987.
- HOFFMAN WOLD, Gloria. 2011. *Basic Geriatric Nursing*. 4. vyd. Amsterdam: Elsevier, ISBN 978-0-323-07399-8.
- HOLMEROVÁ, Iva et al. 2015. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada, ISBN 13-978-80-247-5339-0.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 13-978-80-247-4772-9.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ. 2008. Geriatrická křehkost - významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi*, roč. 5, č. 2, s. 66-69. ISSN: 1214-8687.
- KOUTNÁ, Markéta a Andrea POKORNÁ. 2015. Etiologie dekubitů – literární review. *Léčba ran*. **2**(4), s. 8-13. ISSN 2336-520X.
- KOUTNÁ, Markéta a Kateřina JANSOVÁ. 2016. Hledáte způsob, jak předcházet dekubitům v 21. století? Vraťte se zpět k základům. *Léčba ran*. **3**(3), s. 23-24. ISSN 2336-520X
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana. 2013. Specifika komplexního přístupu k nemocnému vyššího věku – multimorbidní senior. *Medicína pro praxi*. 2013, **10**(6-7), s. 242-245. ISSN 1214-8687.
- Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>



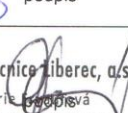
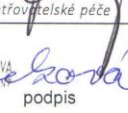
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana et al. 2015. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 13-978-80-204-3394-7.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I*. Praha: Grada. ISBN 80-86073-96-3.
- MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247.
- ONDRIOVÁ, Iveta a Terézia FERTALOVÁ. 2013. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*. **23**(1), s. 48-51. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
- POKORNÁ, Andrea et al. 2013. *Ošetrovateľství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 13-978-80-247-4316-5.
- POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.
- POKORNÁ, Andrea et al. 2013. *Ošetrovateľství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 13-978-80-247-4316-5.
- POLEDNÍKOVÁ Ľubica et al. 2013. *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s r.o. ISBN 978-80-8063-410-0.
- SOBOTKA, Luboš. 2015. Výživa a hojení ran. *Léčba ran*, 2015, roč. 2, č. 2, s. 4-6. ISSN: 2336-520X.
- STARNOVSKÁ, Tamara. 2015. Výživa, nedílná součást léčby ran. *Léčba ran*, roč. 2, č. 2, s. 8-9. ISSN: 2336-520X.
- ŠEFLOVÁ, L., P. STEJSKALOVÁ a L. DANIŠ. 2016. Dekubity v praxi. *Medicina pro praxi*. **13**(5), s. 263-267. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>

Seznam příloh

Příloha A	Souhlas Krajské nemocnice Liberec, a.s.
Příloha B	Souhlas Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Příloha C	Souhlas Nemocnice Tanvald, s.r.o.
Příloha D	Dotazník
Příloha E	Předvýzkum
Příloha F	Článek k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických pacientů

Příloha A Souhlas Krajské nemocnice Liberec, a.s.

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	KOUDELKOVA' IVANA	
Studijní program/obor B5341 OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ' SESTRA	Osobní číslo studenta D 14000078	Ročník 3.
Téma práce	RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DEKUBITŮ V GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ' NEMOCNICE LIBEREC, a.s. ONP LIBEREC ONP JABLONNÉ V PODJEŠTĚDÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FROŇKOVÁ'	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Froňková ředitelka ošetrovatelské péče  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Renata ŠEDOVÁ vrchní sestra ONP  podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.6. 2018	
Datum ukončení výzkumu	30.8. 2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	60	
Počet oslovených respondentů (klientů)	-	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		



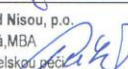
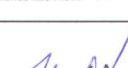
V Liberci dne 1.6. 2018


podpis studenta



Příloha B Souhlas Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	KOUDELKOVÁ IVANA	
Studijní program/obor B 5341 OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D 14000078	Ročník 3.
Téma práce	RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DEKUBITŮ V GERIATRICKÉM PACIENTU	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p.o. CEDR 1 - JABLONEC NAD NISOU CEDR 2 - TANVALD	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FRONKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Mgr. Jitka Rehořová, MBA náměstek pro ošetrovatelskou péči Nemocniční 4446/15, 466 01 Jablonec nad Nisou  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Michaela Křesová Stanice sestry CEDR 2  podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.6.2018	
Datum ukončení výzkumu	30.8.2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	40	
Počet oslovených respondentů (klientů)	-	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		





V Jablonci nad Nisou dne 1.6.2018


 podpis studenta



Příloha C Souhlas Nemocnice Tanvald, s.r.o.

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	KOUDELKOVÁ IVANA	
Studijní program/obor B 5341 OŠETŘOVATELSTVÍ VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta D 14000078	Ročník 3.
Téma práce	RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU DEKUBITŮ U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE TANVALD, S.R.O. NÁSLEDNÁ PÉČE	
Jméno vedoucího práce	Mgr. MARIE FRONKOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště  podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Lydie CHAROUZOVÁ  podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Jana SÝKOROVÁ  podpis	
Datum zahájení výzkumu	1.6. 2018	
Datum ukončení výzkumu	30.8. 2018	
Počet oslovených respondentů (personálu)	20	
Počet oslovených respondentů (klientů)	-	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Tanvaldu dne 1.6. 2018


podpis studenta



Příloha D Dotazník

Co víte o dekubitech?

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 - 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) středoškolské s maturitou (SZŠ)
- b) pomaturitní specializační studium (ARIP)
- c) vyšší odborné (DiS)
- d) vysokoškolské vzdělání (Bc.,Mgr.)

3. Kde nejčastěji čerpáte nové informace týkající se tématu?

- a) ze školy
- b) ze seminářů
- c) z odborných knih nebo časopisů

4. Vyberte škálu rizika vzniku dekubitů, která se používá v dlouhodobé péči

- a) skóre podle Nortonové
- b) škála Waterlow
- c) Braden-Bergstormovo skóre
- d) skóre dle Shannon

5. Jak poznáte dekubit 1.stupně?

- a) vznikají puchýře, které praskají

- b) zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení prstem kůže přechodně vybledne
- c) oteklá, zatvrdlá oblast, stále bledá (před i po kompresi), je porušena celistvost kůže
- d) poškození kůže i podkoží připomínající hlubokou oděrku

6. Kde nejčastěji vznikají dekubity?

- a) dolní končetiny
- b) horní končetiny
- c) oblast hlavy a trupu
- d) kdekoli v místech kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí

7. Vyberte místní rizikový faktor, který je považován za významný pro vznik dekubitů

- a) věk a imobilita
- b) doba a intenzita působení tlaku
- c) vliv léků
- d) demence a Parkinsonova nemoc

8. Který další místní rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů?

- a) pohlaví
- b) malnutrice
- c) tření a střižná síla
- d) přidružená onemocnění

9. Který celkový rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů?

- a) imobilita
- b) doba a působení tlaku
- c) nesprávně upravené lůžko a nekvalitní lůžkoviny
- d) tření a střižná síla

10. Který další celkový rizikový faktor je považován za významný při vzniku dekubitů?

- a) doba a intenzita působení tlaku
- b) vlhká nebo suchá pokožka

- c) věk
- d) tření a střížná síla

11. Které preventivní opatření je považováno za významné v prevenci vzniku dekubitů?

- a) pravidelné polohování
- b) podávání antibiotik
- c) podávání bílkovinného přídatku nebo sipping

12. Který ošetrovatelský postup je významný v prevenci dekubitů?

- a) intenzivní masírování ohrožených míst
- b) pravidelné polohování
- c) udržování vlhké pokožky (suchá je rizikovější)

13. Vyberte nesprávný ošetrovatelský postup:

- a) pravidelné polohování
- b) používání antidekubitních pomůcek
- c) intenzivní masáže míst počínajícího dekubitu (nejlépe mentolovou nebo kafrovou mastí)

14. Který další ošetrovatelský postup je významný v prevenci vzniku dekubitů?

- a) intenzivní masáže ohrožených míst
- b) hygiena a péče o pokožku
- c) udržování chladného prostředí

15. Který typ pokožky je nejvíce rizikový pro vznik dekubitů - podle Nortonové?

- a) normální
- b) suchá
- c) vlhká
- d) alergická

Příloha E Předvýzkum

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 5 let	1	10,0 %
6 – 10 let	4	40,0 %
11 a více let	5	50,0 %
Σ	10	100,0 %

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
středoškolské s maturitou (SZŠ)	8	80,0 %
pomaturitní specializační studium (ARIP)	0	0,0 %
vyšší odborné (DiS)	1	10,0 %
vysokoškolské (Bc., Mgr.)	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %

3. Kde nejčastěji čerpáte nové informace týkající se tématu?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ze školy	2	20,0 %
ze seminářů	6	60,0 %
z odborných knih a časopisů	2	20,0 %
Σ	10	100,0 %

4. Vyberte škálu rizika vzniku dekubitů, která se používá v dlouhodobé péči		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
skóre podle Nortonové	10	100,0 %
škála Waterlow	0	0,0 %
Braden-Bergstormovo skóre	0	0,0 %
skóre dle Shannon	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

5. Jak poznáte dekubit 1. stupně?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
vznikají puchýře, které praskají	0	0,0 %
zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení kůže přechodně vybledne	10	100,0 %
oteklá, zatvrdlá oblast, stále bledá (před i po kompresi), je porušena celistvost kůže	0	0,0 %
poškození kůže i podkoží připomínající hlubokou oděrku	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

6. Kde nejčastěji vznikají dekubity?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
dolní končetin	0	0,0 %
horní končetiny	0	0,0 %
oblast hlavy a trupu	0	0,0 %
kdekoli v místech kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí	10	100,0 %
Σ	10	100,0 %

7. Vyberte místní rizikový faktor, který je považován za významný pro vznik dekubitů		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
věk a imobilita	4	40,0 %
doba a intenzita působení tlaku	6	60,0 %
vliv léků	0	0,0 %
demence a Parkinsonova nemoc	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

8. Který další místní rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
pohlaví	0	0,0 %
malnutrice	2	20,0 %
tření a střížná síla	8	80,0 %
přidružená onemocnění	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

9. Který celkový rizikový faktor je považován za významný pro vznik dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
imobilita	8	80,0 %
doba a působení tlaku	0	0,0 %
nesprávně upravené lůžko a nekvalitní lůžkoviny	1	10,0 %
tření a střížná síla	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %

10. Který další celkový rizikový faktor je považován za významný při vzniku dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
doba a intenzita působení tlaku	3	30,0 %
vlhká nebo suchá pokožka	3	30,0 %
věk	4	40,0 %
tření a střížná síla	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

11. Které preventivní opatření je považováno za významné v prevenci vzniku dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelné polohování	9	90,0 %
podávání antibiotik	0	0,0 %
podávání bílkovinného přídatku nebo sipping	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %

12. Který ošetrovatelský postup je významný v prevenci dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
intenzivní masírování ohrožených míst	0	0,0 %
pravidelné polohování	10	100,0 %
udržování vlhké pokožky (suchá je rizikovější)	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

13. Vyberte nesprávný ošetrovatelský postup		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
pravidelné polohování	0	0,0 %
používání antidekubitních pomůcek	0	0,0 %
intenzivní masáže ohrožených míst (nejlépe mentolovou nebo kafrovou mastí)	10	100,0 %
Σ	10	100,0 %

14. Který další ošetrovatelský postup je významný v prevenci vzniku dekubitů?		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
intenzivní masáže ohrožených míst	0	0,0 %
hygiena a péče o pokožku	10	100,0 %
udržování chladného prostředí	0	0,0 %
Σ	10	100,0 %

15. Který typ pokožka je nejvíce rizikový pro vznik dekubitů – podle Nortonové		
	Absolutní četnost	Relativní četnost
normální	0	0,0 %
suchá	7	70,0 %
vlhká	2	20,0 %
alergická	1	10,0 %
Σ	10	100,0 %

Výzkumný předpoklad 1a			
	splněná kritéria	nesplněná kritéria	Σ
otázka č. 7	60,0 %	40,0 %	100,0 %
otázka č. 8	80,0 %	20,0 %	100,0 %
průměr	70,0 %	30,0 %	100,0 %

Výzkumný předpoklad 1b			
	splněné kritéria	nesplněná kritéria	Σ
otázka č. 9	80,0 %	20,0 %	100,0 %
otázka č. 10	40,0 %	60,0 %	100,0 %
průměr	60,0 %	40,0 %	100,0 %

Výzkumný předpoklad 2a			
	splněná kritéria	nesplněná kritéria	Σ
otázka č. 11	90,0 %	10,0 %	100,0 %
otázka č. 12	100,0 %	0,0 %	100,0 %
otázka č. 13	100,0 %	0,0 %	100,0 %
průměr	96,7 %	3,3 %	100,0 %

Výzkumný předpoklad 2b			
	splněná kritéria	nesplněná kritéria	Σ
otázka č. 14	100,0 %	0,0 %	100,0 %
otázka č. 15	70,0 %	30,0 %	100,0 %
průměr	85,0 %	15,0 %	100,0 %

Příloha F Článek k publikaci Prevence vzniku dekubitů u geriatrických pacientů

Autoři: Koudelková I., Mgr. Froňková M., Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Souhrn

Dekubity představují významný problém ve zdravotnictví a obzvláště u geriatrických pacientů. Téměř 70 % proleženin se objevuje u osob, kteří jsou starší 70 let a úzce souvisí s imobilizačním syndromem, popř. i s dalšími geriatrickými syndromy. Dekubity komplikují zdravotní stav pacienta, prodlužují délku léčení a pro ošetřující personál představují zvýšenou zátěž v péči o pacienta. Vzhledem k tomu, že příčiny vzniku dekubitů jsou známy, jsou známa i preventivní opatření. Článek se zabývá rizikovými faktory vzniku dekubitů a preventivními opatřeními, která by měla vzniku dekubitů předejít.

Klíčová slova: dekubit, geriatrický pacient, rizikové faktory vzniku dekubitů, prevence

Úvod

Dekubit je charakterizován jako poškození kůže či podkoží nejčastěji v oblastech kostních prominencí (predilekčních míst), které způsobuje celá řada faktorů, z nichž jako nejvýznamnější jsou uváděny tlak, třecí a smykové síly (vlečné tření) a celkový zdravotní stav pacienta. V praxi se často stává, že i když je pacient preventivně zajištěn v oblasti léčebné i ošetrovatelské, přesto dekubit vznikne. Zde hraje roli již zmíněný zdravotní stav, dále pak stav nutrice, prokrvení tkání, případná orgánová insuficience, septický stav, kontraindikované polohování nebo např. nespolupráce pacienta při polohování (Šeflová, Stejskalová a Daniš, 2016). Věk je dalším rizikovým faktorem a souvisí s involuční atrofií, sníženou elasticitou kůže, její snadnější zranitelností a také se zhoršením hojení defektů. Stav pokožky a zhoršené hojení ran může mít souvislost s nedostatečnou výživou. Nedostatečná výživa vede k úbytku podkožního tuku a svalstva, které vytváří přirozenou ochranu před vznikem dekubitů (Mikula a Müllerová, 2008). Dekubity v klinické praxi znamenají hlavně ošetrovatelský problém

s vysokou prioritou a jsou jedním z kritérií kvality poskytované péče. Prevence jejich vzniku je všeobecně považována za nejúčinnější metodu (Csisko, 2014).

Metodika

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu ve formě nestandardizovaného dotazníku. Dotazník obsahoval 15 otázek. 3 otázky byly pouze identifikační, další 3 otázky zjišťovaly základní znalosti všeobecných sester vztahující se k tématu, následující 4 otázky se věnovaly rizikovým faktorům vzniku dekubitů a zbylých 5 otázek bylo zaměřeno na preventivní opatření před vznikem dekubitů. Řádně a kompletně bylo vyplněno 100 dotazníků.

Výsledky výzkumu

Cílem práce bylo zmapovat základní znalosti všeobecných sester o rizikových faktorech vzniku dekubitů u imobilních geriatrických pacientů a zjistit, jaké znalosti mají sestry v oblasti preventivních opatření před jejich vznikem. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 100 (100 %) respondentů. Respondenty byly všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních a pečující o geriatrické pacienty. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že nejvíce dotazovaných pracuje ve zdravotnictví 11 a více let (62 %), délku praxe 6 - 10 let uvedlo 25 % respondentů a zbylých 13 % pracuje ve zdravotnictví maximálně 5 let. Druhá otázka byla směřována na nejvyšší dosažené vzdělání. Nejpočetnější skupinou se 74 % bylo uvedeno středoškolské vzdělání s maturitou, následovalo pomaturitní specializační studium (ARIP) ve 12 %, dále pak vyšší odborné vzdělání (9 %) a nejméně respondentů (5 %) uvedlo vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.). Třetí dotazníková položka zjišťovala, kde nejčastěji sestry čerpají nové informace týkající se tématu. Z odpovědí jsme zjistili, že nejvíce nových informací čerpají ze seminářů (68 %), dále pak z odborných knih a časopisů (23 %) a nejméně ze školy (9 %). Další otázky jsme zaměřili na základní znalosti v problematice dekubitů. Respondenti měli vybrat škálu rizika vzniku dekubitů, která se používá v dlouhodobé péči. Zde všichni dotazovaní (100 %) odpověděli správně, a to skóre podle Nortonové. Následující dotazníková položka byla zaměřena na znalosti stupňů dekubitů. Zajímali jsme se, jak sestry určí dekubit 1. stupně. Správně odpovědělo 92 % respondentů, a to zarudnutí, mírný otok, bez porušení celistvosti kůže, při přitlačení kůže přechodně vybledne. Poslední dotazníková položka zjišťující základní znalosti sester byl směřován

na nejčastější místa vzniku dekubitů. Zde všichni respondenti (100 %) odpověděli správně, že dekubit může vzniknout kdekoli v místech kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí. Z těchto získaných dat vyplývá, že sestry znají a používají škálu rizika vzniku dekubitů podle Nortonové, ví, kde jsou nejčastější místa vzniku dekubitů a rozpoznají dekubit 1. stupně. Ve výzkumném šetření byly určeny dva výzkumné cíle. První výzkumný cíl byl zaměřen na rizikové faktory vzniku dekubitů. Byl dále rozdělen na dva dílčí předpoklady po vzoru dělení rizikových faktorů na místní a celkové. V první části jsme se ptali na nejvýznamnější místní rizikový faktor. Zde respondenti správně uvedli dobu a intenzitu působení tlaku (79 %). V dotazu na další místní rizikový faktor odpovídající správně zvolili tření a střížnou sílu v 60 %. Za zmínku stojí, že 34 % respondentů nesprávně zvolilo odpověď malnutrice. Malnutrice je rizikový faktor, ale patří mezi celkové rizikové faktory. Ve druhé části prvního výzkumného cíle jsme se dotazovali na celkové rizikové faktory. V první dotazníkové položce respondenti v 75 % správně uvedli imobilitu jako významný celkový rizikový faktor. Ve druhé otázce na významný celkový rizikový faktor ovšem správnou odpověď, a to věk, zvolilo pouze 18 % respondentů. Ostatní respondenti zvolili varianty odpovědí, které se řadí mezi místní rizikové faktory. Druhý výzkumný cíl byl zaměřen na znalosti všeobecných sester o preventivních opatřeních před vznikem dekubitů. Na dotaz, které preventivní opatření považují za významné, správně odpovědělo 90 % respondentů, a to pravidelné polohování. Na polohování byla zaměřena další otázka, kde jsme se ptali na ošetřovatelský postup, který respondenti považují za významný. Zde správně odpovědělo 79 % dotazovaných. Byli jsme příjemně překvapeni, když v dotazu na nesprávný ošetřovatelský postup odpověděli všichni respondenti (100 %) správně, a to intenzivní masírování míst počínajícího dekubitu (nejlépe mentolovou nebo kafrovou mastí). Tento postup je považován za hrubou ošetřovatelskou chybu. Na otázku, který další významný ošetřovatelský postup je významný v prevenci, odpovědělo správně 94 % respondentů, a to hygiena a péče o pokožku. Nakonec jsme se dotazovali, který typ pokožky je nejvíce rizikový pro vznik dekubitů – podle hodnotící škály dle Nortonové. Zde 58 % respondentů odpovědělo správně, a to suchá pokožka, nesprávné odpovědi byly v zastoupení 15 % vlhká pokožka a 7 % alergická.

Diskuze

Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že všeobecné sestry mají znalosti v oblasti dekubitů na vysoké úrovni. Znájí rizikové faktory i preventivní opatření proti jejich vzniku. Ví, že dekubit může vzniknout na kterémkoliv místě na těle a nejrizikovější jsou predilekční místa. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že rozdělení rizikových faktorů na místní a celkové činí sestrám problém, ale v praxi u lůžka není tato znalost zásadní. Podstatné je rizikové faktory znát a umět na ně reagovat odpovídající ošetrovatelskou intervencí. Csisko (2014) uvádí, že k zamezení výskytu dekubitů u pacientů musíme provádět správnou prevenci. Zaručená metoda ovšem neexistuje, ale je známá široká škála preventivních opatření, která zahrnuje kvalitní ošetrovatelskou péči jako průběžné hodnocení rizika vzniku dekubitů, úpravu prostředí, správné polohování, adekvátní výživu a pečlivou hygienu.

Závěr

Pro výzkum byly stanoveny dva cíle, které byly dále rozděleny na dva dílčí předpoklady. První cíl byl zaměřen na rizikové faktory vzniku dekubitů. První dílčí předpoklad byl směřován na místní rizikové faktory. Zde jsme předpokládali, že 70 % a více respondentů určí jako rizikový faktor vzniku dekubitů dobu působení tlaku. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že 69,5 % a více všeobecných sester určilo jako rizikový faktor dobu působení tlaku. Druhý dílčí předpoklad byl zaměřen na celkové rizikové faktory. Zde jsme předpokládali, že 60 % a více respondentů určí jako rizikový faktor imobilitu pacienta. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných (100 %) považuje jako celkový rizikový faktor imobilitu pacienta pouze 46,5 % respondentů. Ve druhém výzkumném cíli jsme zjišťovali znalosti všeobecných sester v prevenci vzniku dekubitů. Cíl byl také rozdělen na dva dílčí předpoklady. V první části jsme předpokládali, že 95 % a více všeobecných sester uvede jako prevenci vzniku dekubitů polohování. Ze získaných dat vyplývá, že 89,7 % považuje polohování za významné preventivní opatření. Ve druhé části druhého výzkumného cíle jsme předpokládali, že 85 % a více respondentů uvede jako preventivní opatření hygienu a péči o pokožku. Z celkového počtu (100 %) odpovídajících určilo hygienu a péči o pokožku jako prevenci 76 % respondentů. Všechny získané hodnoty z výzkumného šetření byly nižší nežli výzkumné předpoklady, výsledky šetření tedy nebyly v souladu s výzkumnými předpoklady.

Seznam použité literatury

CSISKO, Matej. 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. **24**(4), s. 30-31. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

MIKULA, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247.

ŠEFLOVÁ, L., P. STEJSKALOVÁ a L. DANIŠ. 2016. Dekubity v praxi. *Medicina pro praxi*. **13**(5), s. 263-267. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>